



HAL
open science

La résistance thérapeutique dans la douleur chronique nociplastique : de la relation mère-enfant à la relation médecin-patient : expériences subjectives de femmes fibromyalgiques

Stéphanie Hertzog

► To cite this version:

Stéphanie Hertzog. La résistance thérapeutique dans la douleur chronique nociplastique : de la relation mère-enfant à la relation médecin-patient : expériences subjectives de femmes fibromyalgiques. Psychologie. Université de Strasbourg, 2023. Français. NNT : 2023STRAG023 . tel-04552492

HAL Id: tel-04552492

<https://theses.hal.science/tel-04552492>

Submitted on 19 Apr 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**ECOLE DOCTORALE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES
PERSPECTIVES EUROPEENNES – ED519**

Subjectivité Lien social et Modernité (SuLiSoM) - EA 3071

THÈSE présentée par :
Stéphanie HERTZOG
Soutenue le : 22 juin 2023

Pour obtenir le grade de : **Docteur de l'université de Strasbourg**
Discipline/ Spécialité : Psychologie - Psychopathologie clinique

**La résistance thérapeutique dans la
douleur chronique nociplastique :
De la relation mère-enfant à la relation
médecin-patient**

Expériences subjectives de femmes fibromyalgiques

THÈSE dirigée par :

Mme RAZON Laure

Maître de conférences, HDR, Université de Strasbourg

RAPPORTEURS :

M. MELLIER Denis

Professeur émérite, Université de Franche-Comté

M. POTIER Rémy

Maître de conférences, HDR, Université de Lyon 2

AUTRES MEMBRES DU JURY :

Mme BACQUÉ Marie-Frédérique

Professeur, Université de Strasbourg

Mme CHEMROUK Yasmine

Docteur en psychologie, psychologue clinicienne, Paris

Remerciements

Mes premiers remerciements s'adressent à ma directrice de thèse Mme Laure Razon. Vous suivez mes pas depuis mon mémoire de Master 1. Vous avez su m'encourager à m'engager dans un travail de thèse et avez cru en mes capacités de mener ce travail de recherche à son terme, même lorsque j'ai pu souvent en douter.

Je remercie Mme Marie-Frédérique Bacqué d'avoir accepté de participer et de présider mon jury de thèse. Vos conseils avisés m'ont fait avancer dans la mise au travail ma thèse et m'ont surtout permis d'aboutir à une rigueur méthodologique incontournable dans une recherche.

M. Denis Mellier, je vous suis très reconnaissante d'avoir accepté de lire mon travail de thèse et de faire partie de mon jury. Votre grande expérience et vos retours me seront très précieux pour ce travail, mais également pour ceux à venir.

Merci également à M. Rémy Potier pour votre regard bienveillant sur mes travaux et votre présence à mes Comités de Suivi de Thèse. Nos intérêts communs et nos échanges, toujours très constructifs, ont nourri ma réflexion et m'ont conforté dans mes choix théoriques.

A Yasmine Chemrouk, avec qui j'ai démarré mon doctorat. Une découverte, professionnelle et personnelle, a scellé notre amitié. Tes encouragements, tes conseils avisés et bienveillants, ton esprit critique et de synthèse ont guidé mon cheminement ; ma traductrice attitrée, toi seule comprendra. Merci d'avoir accepté d'être membre invité. Ton regard sera un repère et un grand soutien en ce jour mémorable.

Merci aux femmes qui ont accepté de témoigner et de me livrer une part de leur intimité. Sans elles, ce travail n'aurait pas pu se faire. Je vous en suis très reconnaissante.

A Camille, Mélissa et Mylène, pour nos nombreux échanges, toujours très stimulants, nos partages, nos joies, notre complicité et nos moments de difficultés dans cette belle aventure, que nous avons menée ensemble. Des années que nous nous connaissons, et autant de journées de labeur et de soirées de bonheur que nous avons partagées. Merci pour ces instants gravés à tout jamais dans ma mémoire.

A mes collègues doctorants de SULISOM et à Sandrine AME, un pilier pour tous et la « pierre angulaire » du laboratoire, sur qui j'ai toujours pu compter. Sa bienveillance et sa disponibilité sont une aide inestimable pour un doctorant qui se retrouve souvent dans la solitude et perdu face au mastodonte qu'est le parcours de thèse. Merci pour tout.

A Nicolas sans qui rien aurait pu se faire. C'est grâce à toi que j'ai pu reprendre mes études. Tu n'as jamais eu le moindre doute quant à ma réussite. Quand est venue l'heure de m'engager dans un travail de thèse, tu m'as également encouragé. Je te dois beaucoup et ne l'oublierai jamais. Merci pour ton soutien.

A ma famille, pour vos lectures et votre soutien, pour avoir su prendre du recul avec mes émotions, souvent à fleur de peau. Car une thèse est une mise à l'épreuve constante, un parcours du combattant.

A Maxime, mon partenaire, mon âme sœur. Tu m'as connu étudiante et pourtant tu n'as pas eu peur de t'embarquer dans cette belle aventure qu'est la vie de couple. Tu as foi en moi depuis le début. Nos débats, nos rires, notre complicité, jalonnent notre quotidien. Le confort et la bienveillance que tu m'apportes chaque jour sont une aide inestimable. Merci pour tous les jours que nous passons l'un avec l'autre. Je me sens heureuse à chaque instant qui passe en ta compagnie.

Table des matières

INTRODUCTION : UN DESIR, UNE RECHERCHE	1
--	---

PARTIE 1 :

CONTEXTE DE LA RECHERCHE

RESISTANCE THERAPEUTIQUE DANS LA DOULEUR CHRONIQUE : SYSTEME DE SANTE ET CONSTATS

I. Système de sante : pratique et discours	13
1. Pratique médicale : évolution et représentations contemporaines	14
1.1. Construction de la représentation du corps	14
1.2. Pratique médicale : une évolution marquée par la science	16
2. Discours sociaux et politique managériale du système de santé	20
2.1. De l'idéal social à l'idéal sanitaire	20
2.2. Politique de rendement en milieux hospitaliers et effets dans la prise en charge	23
II. Douleur chronique : considérations actuelles et prise en charge	27
1. Classification médicale de la douleur chronique	28
1.1. Reconnaissance et évaluation de la douleur	28
1.2. Spécificités de la douleur aiguë et chronique	31
1.3. Répercussions subjectives, sanitaires et sociales	34
2. Recommandations ministérielles et applications pratiques	36
2.1. Soulager la douleur : un droit pour tous	36
2.2. Prise en charge de la douleur chronique : discours et « bonne » pratique	40
2.3. Prise en charge de la douleur chronique en Centre de la Douleur	45
III. Revue de la littérature scientifique en psychologie	47
1. Système d'attachement et douleur chronique	48
2. Alliance et résistance thérapeutique dans la douleur chronique	53
3. Un cas particulier de douleurs chroniques : la fibromyalgie	57
IV. Conclusion partie contextuelle : Douleurs chroniques rebelles, bilan, constats, problèmes	63

PARTIE 2 :

CADRE THEORIQUE DE LA RECHERCHE

DOULEUR, MECANISMES IDENTIFICATOIRES ET PROCESSUS A L'ŒUVRE DANS LA RESISTANCE PSYCHIQUE

Chapitre 1 :

La douleur chronique en psychanalyse : une problématique de l'excès et de la limite

I. Rapport à la castration dans la douleur	77
1. Anthropologie de la douleur	78
1.1. Représentations sociales de la douleur	78
1.2. L'insondable de la douleur : une perte symbolique	81
2. Du corps érotisé au corps de jouissance.....	85
2.1. Naissance du corps psychique : entre imaginaire et symbolique.....	85
2.2. Le corps réel insaisissable : un corps pour jouir.....	88
3. De la douleur à la souffrance	91
3.1. Douleur et souffrance : repères métapsychologiques freudien	92
3.2. La place de l'Autre dans la douleur : le cri-appel.....	95
II. Etiopathogénie de la douleur en psychanalyse	99
1. Freud et la douleur : retour aux fondements de la douleur en psychanalyse ...	100
1.1. Manifestations de la douleur dans les structures de la personnalité selon le découpage théorique freudien	100
1.2. La douleur dans l'économie psychique	104
1.3. Répercussions psychiques de la douleur	109
2. Fonctions psychiques de la douleur et facteurs de chronicisation.....	112
2.1. Continuum de la douleur : de la mélancolie à l'hypocondrie	112
2.2. Douleur et facteurs de chronicisation	119
3. Douleur et psychosomatique.....	120
3.1. Apports théoriques de l'Ecole de Paris	120
3.2. Phénomènes psychosomatique et réel lacanien	123
III. Conclusion Chapitre 1	125

Chapitre 2 :
Des fonctions identificatoires dans l'enfance au transfert imaginaire :
une histoire de désir et sa répétition.

I. Mécanismes identificatoires et devenir du sujet à la sortie du Stade du Miroir 131

1.	De l'entrée dans le monde symbolique aux prémices de l'identification	132
1.1.	Genèse de l'appareil psychique et entrée dans le monde symbolique	132
1.2.	Aux prémices de l'identification : l'Amour et les liens psychoaffectifs.	139
2.	L'identification à l'épreuve du Stade du miroir	144
2.1.	Les phases de la traversée du miroir	144
2.2.	De l'identification à la séparation : la castration imaginaire	147
3.	Fonction de l'image spéculaire dans le champ scopique	150
3.1.	Fonction du regard : entre reconnaissance et aliénation	151
3.2.	Fonction de l'image spéculaire : entre défense et méconnaissance	155
4.	Figures de la mère et images narcissiques de l'enfant	160
4.1.	Castrations pathogènes et effets désubjectivants.....	160
4.2.	De la mère idéale à la mère toute-puissante : l'enfant-objet de jouissance...	163

II. Résistance inconsciente : de la mise en place du transfert aux modalités du discours..... 167

1.	Le transfert, cette autre scène	168
1.1.	La dualité du transfert selon Freud.....	168
1.2.	Lacan, de sa visite à Borghèse aux deux versants du transfert	170
1.3.	Le transfert hors de la cure.....	175
1.4.	Paradoxe de la demande et sa formulation dans le colloque médical	178
2.	La résistance inconsciente : ses limites et ses perspectives.....	183
2.1.	La résistance du point de vue freudien.....	183
2.2.	Principe d'inertie et pulsion de mort.....	185
2.3.	La résistance à l'épreuve du discours lacanien.....	186
2.4.	Les mécanismes de défenses.....	189
3.	Discours, ordre social et résistance du sujet	193
3.1.	Structure et énoncé du discours	193
3.2.	Le socle du discours capitaliste.....	196

4.	Le Graphe du désir et sa structure : une lecture de la position subjective	200
4.1.	Les mathèmes du Graphe et leur rapport structurels avec l'énoncé et l'énonciation du discours	201
4.1.	Registre imaginaire et montage fantasmatique inconscient (\$◆a).....	206
4.1.	Registre symbolique et montage pulsionnel inconscient [◆D].....	208
4.2.	Le Stade du miroir et ses correspondances structurelles sur le Graphe du désir	212
III.	Conclusion Chapitre 2	217

PARTIE 3 :
FONDEMENTS METHODOLOGIQUES
ET DONNEES CLINIQUES
ANALYSE DE CINQ PROTOCOLE DE FEMMES ATTEINTES DE FIBROMYALGIE

Chapitre 1 :
Au cœur de la recherche -
Les fondements méthodologiques

I.	Méthodologie de la recherche.....	227
1.	Cadre scientifique de la recherche	228
1.1.	Contexte, intérêts scientifiques et objectifs	228
1.2.	Méthode clinique et démarche hypothético-déductive	229
1.3.	Population et échantillon.....	232
2.	Outils de recueil de données et d'analyse	235
2.1.	Phase de recueil des données	235
2.2.	Phase d'analyse de nos données.....	242
2.3.	Interprétation et position du chercheur dans l'analyse	250
3.	Opérationnalisation de la recherche.....	253
3.1.	Opérationnalisation de la méthode d'analyse.....	254
3.2.	Les indicateurs observables	255
4.	Cadre et éthique de la rencontre	263
4.1.	Préambule à la rencontre et prise de contact	263
4.2.	Rencontre et déroulé	266
5.	Effets du transfert et du cadre dans la recherche.....	270

Chapitre 2 : **Des histoires singulières de vie : l'étude de cas en psychologie**

I. Lysithéa ou la reconnaissance identitaire	279
1. Présentation et repères biographiques.....	279
2. Le lien à l'Autre dans l'enfance : lorsque la parole compromet l'inscription filiative.....	280
2.1. Bouleversement des repères dans l'enfance.....	280
2.1. La rivalité dans le lien mère-fille.....	283
3. La relation médecin-patient : de la complaisance à la résistance.....	286
3.1. La démission du sujet dans sa prise en charge.....	286
3.2. Fonction et solution médicale.....	289
4. Structuration du désir au Rorschach.....	293
4.1. Entre pauvreté associative et a-pulsionnalité.....	293
4.2. Une identification féminine compromise.....	296
4.3. Evitement de la perception phallique et indécision identificatoire.....	298
4.4. Un désir de savoir entravé.....	300
4.1. Synthèse du Rorschach.....	302
5. Conclusion de la vignette clinique : désir maternel irrepérable.....	304
II. Ophélie ou la place du savoir	309
1. Présentation et repères biographiques.....	309
2. Le lien à l'Autre dans l'enfance : entre oubli et indifférence.....	310
2.1. Absence de souvenirs ou ignorance protectrice.....	310
2.1. Caprices maternels et soumission.....	312
3. La relation médecin-patient : une position ambivalente face au savoir.....	315
3.1. Une relation soignant-soignée ambivalente.....	315
3.2. Une énigme devant le savoir médical.....	318
3.3. Place de la demande dans la consultation et reconnaissance du savoir patient.....	321
4. Structuration du désir au Rorschach.....	324
4.1. Maîtrise de la pulsionnalité et conformisme défensif.....	324
4.2. Conflit identificatoire à l'imgo féminin et emprise maternelle.....	326
4.3. Instabilité de l'image narcissique.....	329
4.4. Angoisse de castration de l'imgo maternel phallique.....	332
4.5. Synthèse du Rorschach.....	335
5. Conclusion de la vignette clinique : Savoir maternel en excès.....	337

III. Calypso ou la résilience.....	343
1. Présentation et repères biographiques.....	343
2. Le lien à l'Autre dans l'enfance : une position tierce.....	344
2.1. Spécularité mère-fille : des enjeux narcissiques à la séparation symbolique	344
2.2. L'ombre de la conjugalité dans le lien de rivalité mère-fille	347
3. La relation médecin-patient : une relation spéculaire ordinaire	350
3.1. La figure du médecin et sa fonction : la chute du Supposé Savoir	350
3.1. Mythologie de la douleur et prise en charge : mise en sens et compréhension des enjeux inconscients.....	353
4. Structuration du désir au Rorschach	359
4.1. Souplesse des mécanismes défensifs.....	359
4.2. Imagos parentales et conflictualités relationnelles	363
4.3. Imago maternelle ambivalente	367
4.4. Une angoisse de castration œdipienne.....	369
4.5. Synthèse du Rorschach	373
5. Conclusion de la vignette clinique : Regard sur soi et observation.....	375
IV. Amalthée ou le poids de l'exemple.....	379
1. Présentation et repères biographiques.....	379
2. Le lien à l'Autre dans l'enfance : entre idéalisation la vie de famille et de la figure maternelle	380
2.1. Enfance et adolescence idylliques.....	380
2.2. Figure maternelle idéalisée	382
3. La relation médecin-patient : une répétition familiale douloureuse	385
3.1. Clivage entre bons et mauvais médecins.....	385
3.2. Mythologie de la douleur : de l'actuel à l'enfance	389
3.3. Lorsque la prise en charge produit des effets de réminiscence	391
4. Structuration du désir au Rorschach	395
4.1. Narcissisme grandiose et fragile	395
4.2. Régression symbiotique et porosité des limites.....	397
4.3. Angoisse de castration et dénégation de la différence sexuelle	400
4.4. Synthèse du Rorschach	402
5. Conclusion de la vignette clinique : idéalisation de l'Autre et reconnaissance de l'exception	404

V. Sinopé ou le traumatisme de l'enfance	409
1. Présentation et repères biographiques.....	409
2. Le lien à l'Autre dans l'enfance : un passé traumatique	410
2.1. La violence intrafamiliale : une insouciance volée	410
2.2. Absence d'une figure maternelle secourable.....	414
2.3. De la symbiose mère-enfant à la Vierge Marie	416
3. La relation médecin-patient : une absence de conflictualité	418
3.1. Echec de la figure médicale secourable	418
3.2. Mythologie de la douleur physique et psychique : une tentative d'élaboration.....	421
4. Structuration du désir au Rorschach	423
4.1. Perte d'arrimage avec le réel.....	423
4.2. Fuite de l'enveloppe narcissique, régression sans fixation et position passive compromise.....	426
4.3. Angoisse d'anéantissement face à l'Autre phallique.....	428
4.4. Synthèse du Rorschach	430
5. Conclusion de la vignette clinique: voile du regard maternel	432

PARTIE 4 :

INTERPRETATION DES RESULTATS ET DISCUSSION

DU STADE DU MIROIR AU TRANSFERT MEDICAL

I. Articulation théorico-clinique des trajectoires individuelles.....	437
1. Principe économique et dynamique de la douleur : la médecine contemporaine et le sujet douloureux chronique	437
1.1. Focalisation sur l'organicité.....	437
1.2. Principes économique et dynamique de la douleur	441
2. Repérage des enjeux narcissiques : de la relation mère-enfant à la relation médecin-patient.....	447
2.1. Désir maternel et position subjective : le socle de la relation mère-enfant...	447
2.2. Fonction médicale et position subjective : les enjeux conscients et inconscients dans la consultation médicale.....	453

3. Du Stade du miroir au transfert médical : une articulation favorisée et réalisée à l'aide du graphe du désir lacanien.....	463
3.1. Structure inconsciente du discours.....	463
3.2. Structure consciente (l'énoncé) : deux issues pour le sujet [$\$ \rightarrow i(a) \rightarrow m \rightarrow I(A)$] ou [$S \rightarrow i(a) \rightarrow A \rightarrow s(A) \rightarrow m \rightarrow I(A)$].....	471

II. Résistance inconsciente : de l'image de soi mortifère à la castration scopique.....475

CONCLUSION.....	481
BIBLIOGRAPHIE.....	491

Glossaire des acronymes

HPST	: Hôpital, Santé, Patients, Territoires (dit loi HPST)
LOLF	: Loi Organique relative aux Lois de Finances
T2A	: Tarification à l'activité
ARS	: Agence Régionale de Santé
HCSP	: Haut Conseil de Santé Publique
IASP	: International Association for the Study of Pain
DGOS	: Direction Générale de l'Offre de Soins
CNS	: Conférence Nationale de Santé
SFETD	: Société Française d'Evaluation et du Traitement de la Douleur
AFVD	: Association Francophone pour Vaincre les Douleurs
EVA	: Echelle Visuelle Analogique
CETD	: Centre d'Evaluation et du Traitement de la Douleur
HAS	: Haute Autorité de Santé
OFMA	: Observatoire Français des Médicaments Antalgiques
INSERM	: Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
DREES	: Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques.
SNIIRAM	: Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie
SSPT	: Syndrome de Stress Post-Traumatique
ADMoCP	: Attachment-Diathesis Model of Chronic Pain
ETP	: Education Thérapeutique au Patient
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
CIM	: Classification Internationale des Maladies
SEP	: Sclérose En Plaques

Table des figures

Figure 1	Illustration de la répétition inconsciente de la demande
Figure 2	Illustration des causes psychiques de la douleur corporelle chez Nasio
Figure 3	Graphe du désir – illustration du <i>Che Vuoi</i>
Figure 4	Tableau de Zucchi du XVIème siècle
Figure 5	L'illusion du vase renversé
Figure 6	L'illusion du bouquet renversé
Figure 7	Le miroir plan conjoint au miroir concave, introduisant la fonction de $i'(a)$
Figure 8	Illustration des transferts imaginaire et symbolique
Figure 9	Schéma L
Figure 10	Schéma Z
Figure 11	Illustration des différents objet (a)
Figure 12	Les discours lacanien
Figure 13	Le discours du Maître et Universitaire
Figure 14	Le discours Capitaliste
Figure 15	Graphe du désir – illustration du transfert
Figure 16	Graphe du désir – illustration de la demande consciente et inconsciente
Figure 17	Graphe du désir – illustration de la chaîne de l'énoncé et de l'énonciation
Figure 18	Graphe du désir – illustration de la demande consciente dans la boucle imaginaire
Figure 19	Graphe du désir – illustration de l'entrée dans le langage
Figure 20	Graphe du désir – illustration des deux issues pour le sujet
Figure 21	Illustration planche VII – Rorschach Calypso

Introduction : un désir, une recherche

« *Vous serez à jamais épinglé par votre thèse [...] c'est ce qui fait le poids de votre nom* »
(Lacan, 1970).

Réaliser une thèse est une entreprise bien difficile. Pour commencer, s'engager dans un travail de recherche est toujours une histoire de désir. Le choix d'un sujet peut être affilié à plusieurs facteurs : un goût pour l'actualité, l'inédit, sujets risquant également d'être éphémères, ou encore un sujet qui touche personnellement, au risque de résonner avec l'inconscient du chercheur (Lavarde, 2008). Du choix du sujet, tenant son propre désir en otage, au dévoilement du travail engagé, qui touche également à l'intime, une thèse est donc bien plus qu'un travail scientifique de recherche. C'est une part de soi qui se livre. Cette citation de Lacan est à propos pour décrire cette part identitaire à jamais transformée par l'épreuve que constitue une thèse, spécifiquement en psychologie. Alors, bien évidemment, une thèse n'est pas une introspection, bien qu'elle l'exige parfois. De Mijolla-Millor (2004) décrit avec perspicacité les effets que produit l'utilisation de la théorie psychanalytique dans son domaine de recherche :

« Le sujet que proposent ceux qu'il est convenu d'appeler « thésards » est lié à leur histoire personnelle, quel que soit l'habillage abstrait sous lequel il est présenté. Inanalysable dans le contexte d'une direction de recherche, cette dimension ne doit pas pour autant être méconnue faute de quoi elle reviendrait comme un retour du refoulé sous forme d'inhibition » (De Mijolla-Millor p.39).

Je me retrouve totalement dans ces propos. Quand le thème abordé touche de près, le travail que la thèse implique est très ancré dans la juste distance à prendre avec l'objet de sa recherche. C'est à mon sens, cette *aire transitionnelle* dont parle De Mijolla-Millor, soit faire corps avec son sujet de thèse sans en être bouleversé. Il est en fait question d'éthique et comment elle est mise au travail dans une recherche.

En effet, la thèse doit répondre à des critères de validité scientifique, qui sont au fondement d'une recherche éthique. Cette validité est d'autant plus attendue dans une discipline comme la psychologie, qui favorise la recherche qualitative. Et c'est justement la place de la subjectivité que Bacqué (2019) relève comme étant « la difficulté majeure des épistémologues qui étudient le statut scientifique de la psychanalyse » (Bacqué, p.195). Cette représentation, qu'une recherche scientifique doit être dépouillée des éléments subjectifs, poserait alors une question fondamentale : quand on fait une recherche, comment se dessaisir de sa subjectivité ? La réputation de la psychanalyse payerait l'idéalisation des sciences dures qui tend vers la reproductibilité des expériences, qui ferait la preuve (Bacqué, 2019), bien que, comme ce que dit Jacquard (1994) à propos de la physique quantique, « la physique de l'infiniment petit, comme de l'astrophysique absolument originel, nous mettent face aux limites de notre capacité à appréhender le réel » (Jacquard, 1999, p.93). Le principe d'incertitude d'Heisenberg (1925) démontre en physique quantique, que le simple fait d'observer un phénomène le modifie. Ce que dévoile par exemple l'expérience de la double fente de Young sur la dualité onde-particule. L'observation influence l'état de la particule qui peut soit se comporter comme une particule soit se comporter comme une onde. Dans une recherche en psychanalyse, l'observation fait partie intégrante de la recherche et passe par la réalité subjective du chercheur qui rapporte des phénomènes pour les décrire, les expliquer et en tirer des conclusions (Fernandez, 2021). « Le savoir est ici déterminé par l'interaction entre un chercheur particulier et un sujet ou un groupe » (Bioy, Castillo, Koenig, 2021, p.26). La personnalité, le vécu et les compétences intrinsèques du chercheur ne s'opposent pas à la recherche, elles s'y intègrent (Bioy, Castillo et Koenig, 2021 ; Pedinielli, 2016). Prendre acte de la présence de l'inconscient et reconnaître les effets de transfert sont un avantage pour le chercheur en psychanalyse, comparativement aux autres sciences, où la quête d'objectivité peut représenter un biais, si l'on exclut que la subjectivité du chercheur agit continuellement et à son insu. En ce sens, le déni de la subjectivité occulterait un pan de la démarche de recherche, et des motivations conscientes et inconscientes qui les guident. Grâce à ma formation psychanalytique, le repérage de mes affects et des résonances intimes, qui auraient pu engager la validité scientifique de la recherche, a été facilité, et ces paramètres subjectifs ont pu être intégrés dans la recherche. Cette analyse du transfert, Pedinielli (2016) en parle comme un enrichissement de la recherche. Cette élaboration m'a permis d'être la plus éclairée possible avec ma part inconsciente mobilisée dans ma recherche et de maintenir un positionnement de chercheur.



laborer une démarche scientifique de recherche c'est tenter de comprendre les fondements du questionnement qui est en cours : qu'est-ce qu'une démarche scientifique ? Sur quelle *épistémè* peut-on se reposer ? Qu'est-ce qu'une méthode ? Comment conjuguer objet de recherche, champ épistémique, méthodologie d'analyse et fondements théoriques ? Le cadre de la recherche a une influence notoire sur son déroulé et sa construction démarre dès la démarche de réflexion du projet de recherche. Il se poursuit par le cadrage épistémologique, puis méthodologique, qui sert à situer la recherche dans un paradigme et à choisir ses outils de recueil de données et d'analyse (Castro, 2021).

Une thèse implique une grande réflexion sur la démarche scientifique, impliquant le passage d'un questionnement naïf en une véritable question de recherche. Ce qui n'allait pas de soi me concernant. La découverte de l'ouvrage de Lavarde (2008), *Guide méthodologique de la recherche en psychologie*, a marqué un tournant dans la réflexion et la rédaction de la structure de ma thèse. Les propos de l'auteur ont fortement résonné et mis du sens sur mes blocages. Beaucoup de questionnements ont mobilisé mon désir de démarrer ma thèse mais ce sont ces inlassables questionnements qui ont failli l'interrompre. Ma pensée associative, poussée par une grande curiosité et une soif de comprendre, m'a souvent égaré. C'est ce qu'explique Lavarde lorsqu'il évoque le découragement rencontré par les jeunes chercheurs, qui pensent pouvoir démarrer une recherche avec un sujet imprécis. « Traiter ce sujet de recherche en l'état reviendrait à vous faire partir "à l'aveuglette". En effet, encore trop imprécis, celui-ci peut devenir opaque et hermétique. Découragé, vous serez tenté de vouloir changer de sujet » (Lavarde, p.48). Un sujet mal délimité est un écueil pour un jeune chercheur.

En revanche, il n'est pas nécessaire de se tourner vers la nouveauté ou l'inédit pour faire de la recherche. Comme le souligne l'auteur, « le caractère novateur ou original du sujet n'est pas une condition première ou nécessaire au choix du sujet. Cette idée reçue, considérée comme un stéréotype (Castro, 2000), ne garantit en rien la qualité d'un bon sujet d'étude » (Lavarde, p.42). Même un sujet exploré plusieurs fois peut amener de la nouveauté, car la manière de le traiter est entièrement dépendant du chercheur qui mène la recherche. Ma recherche s'inspire de la conjoncture de plusieurs facteurs (intérêt personnel, observations empiriques, actualité), que nous avons progressivement mis en sens dans une logique linéaire, celle qu'exige le passage de la pensée à l'écriture, bien qu'en réalité la réflexion s'est déroulée de manière circulaire, en arborescence, impliquant des allers-retours constants, impossibles à retranscrire dans un écrit.

La complexité de l'élaboration d'une méthodologie de recherche provient de la conséquence d'une volonté toujours croissante de la standardisation des outils au détriment de la posture épistémologique (Charmillot & Dayer, 2007). Celle-ci est pourtant fondamentale pour comprendre dans quel paradigme une recherche s'enracine et se déploie. L'épistémologie enseigne sur le rapport entre les savoirs d'une science et les discours d'une époque (Foucault, 1966). Une recherche dont les fondements scientifiques reposent sur la psychanalyse et dont l'objet d'étude est le discours inconscient, produit un savoir scientifique qui est celui de l'inconscient et sa logique signifiante. Déplier ce rapport au savoir scientifique dès le travail introductif de ma thèse m'est donc apparu central, puisque toute la dynamique inconsciente s'organise autour ce savoir inconscient. Une telle recherche nécessite alors une approche subjectiviste comme le soulignent Bioy, Castillo et Koenig (2021). Ce paradigme pose le statut du savoir comme intrinsèquement lié à la reconnaissance de la réalité psychique, puisque parler en termes de faits observables exclurait l'hypothèse de l'inconscient. Ricoeur (1986) repère que les paramètres de ce paradigme recouvrent la prise en considération de la réalité fantasmatique du sujet, mais également, les dimensions sémantique et intersubjective du désir, ainsi que le vécu intime comme réélaboration permanente des événements.

Ce savoir inconscient est en rapport avec le réel. Comme l'explique Visentini (2015), chaque paradigme s'essaye à définir le réel car « aucune science n'a jamais réussi à penser la totalité du réel mais qu'il se produit plutôt un partage » (Visentini, p.152). En psychanalyse, le réel appartient au sujet qui en est radicalement séparé. Cela signifie que dans l'équation du sujet, il existe un inconnu – le réel, au fondement même de sa subjectivité, que Pommier (2004) évoque en termes de plénitude perdue. Le sujet se vit comme manquant, sans savoir ce qui lui manque, et c'est ce même vide qui engendre le sujet divisé, c'est-à-dire le sujet qui cherche en l'Autre la vérité qui le cause comme sujet.

C'est pourquoi pour Lacan le savoir ne garantit pas la vérité du sujet. Au contraire, savoir et vérité sont exclus de se rencontrer, car c'est cette impossibilité, qui assure la subjectivité. Cette rupture épistémologique est formalisée par Lacan (1971) à travers les quatre discours. Le réel détermine ainsi le discours et la façon dont le sujet souffre du réel se matérialise dans les formations de l'inconscient (symptôme, lapsus, rêve, etc). Ceci rejoint ce que Visentini (2015) évoque sur le réel en tant que ces effets sont objectivables. L'accès au savoir n'est pas l'objectif de la psychanalyse et c'est par rapport à cette position face au savoir que la psychanalyse se distingue d'autres approches, comme celle de l'*Evidence Based Medicine*, qui se fonde sur la preuve (Braunstein, 2016).



'est tout d'abord mon intérêt personnel, comme je l'ai mentionné, qui est mobilisé dans ce travail de thèse. Cet intérêt m'a conduit à réaliser un stage professionnel de fin d'étude de Master 2 dans un Centre de la douleur. Mon questionnement naïf émerge de mon expérience clinique et de mes nombreux échanges sur place avec l'ensemble des intervenants de la structure. Il repose sur différents aspects.

D'une part, j'ai assisté aux consultations de l'ensemble des intervenants du Centre (médecins, psychiatre, acupuncteur, rhumatologue, kinésithérapeute) et j'ai pu échanger avec eux, dans un après-coup. Les consultations dans ce Centre sont réalisées dans le cadre de prises en charge en ambulatoire. J'ai observé de façon plus attentive la relation médecin-patient et les modalités du suivi médical. Cette place d'observatrice m'a permis de repérer un certain nombre de déterminants de cette relation thérapeutique et j'ai aussi pu me construire une représentation du fonctionnement, de l'organisation, de la prise en charge des patients, de l'approche médicale, des attentes des médecins et des patients, de leur demande ou de leurs problématiques. Cette base de recherche, qu'est l'empirisme, est d'ailleurs celle que Freud a employée (Askofaré & al., 2009 ; Perron, 2010) et qui a consisté en une observation rigoureuse et approfondie des psychothérapies psychanalytiques menées (Bacqué, 2019).

D'autre part, j'ai été présente lors des premiers entretiens cliniques avec la psychologue référente du Centre de la douleur. J'ai ensuite pu prendre en charge quelques patients, afin d'entrevoir l'expérience et l'éprouvé, subjectifs, de ces personnes atteintes de douleurs chroniques. De plus, la pratique du psychologue dans le milieu médical me questionnait.

De cette expérience, un certain nombre de constats et problématiques sont soulevés :

1) Le patient est avant tout le patient d'un médecin, coordinateur des soins et de la prise en charge. La première consultation et la rencontre avec le médecin sont souvent le fruit d'un hasard, déterminées par l'emploi du temps du médecin et du patient. Parfois, la prise de rendez-vous fait suite à un diagnostic, établi en amont par un médecin traitant. Dans ce cas, le patient est orienté vers un médecin-spécialiste (anesthésiste, neurologue ou algologue), en fonction de la pathologie sous-jacente. Ce principe de réalité conditionne l'ensemble du parcours thérapeutique du sujet. A l'issue de la première consultation, un diagnostic médical est posé, venant confirmer ou non un diagnostic préalablement établi.

Le médecin met en place la prise en charge thérapeutique, généralement pharmacologique, ainsi que le suivi. Il décide également de la nécessité à faire intervenir un autre spécialiste dans la boucle thérapeutique, tel que le kinésithérapeute, le rhumatologue ou le psychiatre. Concernant l'hypnothérapeute ou le psychologue, le patient est informé de leur intervention. Néanmoins, durant mon stage, je n'ai pas eu l'occasion de repérer de demande émanant du patient, au contraire, je les ai trouvés plutôt démissionnaires ou pourvoyeurs d'attentes vis-à-vis du médecin « guérisseur ». D'ailleurs il n'était pas rare que les patients nomment ce Centre, un Centre anti-douleur, ce qui laisse entendre la dimension fantasmatique d'un lieu qui effacerait la douleur. Ce constat rejoint le point suivant sur la place et la manière dont est amenée l'offre psychothérapeutique.

2) L'évaluation psychologique préalable repose sur le médecin qui interroge le moral du patient, comme seule porte d'entrée à l'offre d'une prise en charge psychothérapeutique. D'ailleurs c'est un discours commun qui se dessine, car la majorité des médecins utilise cette stratégie pour questionner leurs patients.

L'homogénéisation des discours est-elle rassurante pour les médecins ?

Est-ce plus confortable de parler de moral que de psychothérapie, pour qui ?

Le médecin projette-t-il son propre inconfort à parler de psychothérapie, comme si le patient pouvait se sentir lui-même dérangé par cette offre ?

Y'a-t-il une forme de méconnaissance du travail du psychologue du côté des médecins comme du côté des patients ?

3) D'après la psychologue référente de ce Centre, les réunions de synthèse ont été laissées à l'abandon durant de nombreuses années. Elle associe cet abandon avec le départ de l'ancien chef de service. Rétablies en janvier 2016, pendant l'année de mon stage, j'ai pu entendre qu'elles sont pensées comme un moment d'échange sur des *dossiers difficiles*. Ce sont les médecins qui ont choisi de nommer ces réunions ainsi. Elles sont essentiellement abordées d'un point de vue médical et je m'interroge sur l'aspect de l'objectalisation du patient et la manière dont la subjectivité est prise en considération.

4) Durant les consultations médicales, il arrive que le patient énonce l'histoire dans laquelle s'inscrit sa douleur, mais j'ai pu repérer que le médecin reste majoritairement centré sur l'étiologie de la douleur. Cela me questionne à nouveau quant à la place donnée au vécu subjectif et comment il est intégré dans la réflexion globale du parcours de prise en charge.

5) J'ai également constaté le nombre important de personnes dont les douleurs chroniques ne sont pas soulagées par les traitements allopathiques. Les médecins évoquent une inadéquation entre le traitement et la réponse de la douleur à ce traitement, un manque de coopération du patient à son traitement ou une problématique psychique, notamment une dépression, qui aggraverait la condition générale du patient ou une hystérie. Ce qui reste malgré tout un peu réducteur dans son ensemble. Parfois, la plainte persistante de ces patients a pu provoquer de l'agacement, pouvant aller jusqu'à douter de la parole du patient.

La non-guérison de son patient le renverrait-il à un sentiment d'impuissance ?

Le médecin se sent-il dépourvu de solutions ?

Cette rationalisation et cette prévalence de la technique ne seraient-elles pas révélatrices d'un mécanisme de défense psychique ?

6) Le médecin paraît remplir trois fonctions/rôles: une fonction de grand Autre, car il incarne une position de savoir (le lieu des signifiants), une figure de soin (une figure maternelle) et d'autorité (une figure paternelle). La rencontre entre le médecin et le malade, contenant les représentations, fantasmes et désirs de chaque protagoniste, ainsi que la fonction médicale, permettent l'émergence d'un transfert, dont les effets mettent les médecins à une place (père, mère, etc) qui peut leur échapper.

Partant de l'ensemble de ces constats, nous percevons combien il est important d'être attentif à la plainte du patient (Aïni, Curelli-Chéreau & Antoine, 2010). L'International Association for the Study of Pain (IASP), fondée par Bonica en 1973, rend les professionnels de santé vigilant, depuis quarante ans, à prendre en considération la parole du patient et informe qu'il n'est pas nécessaire d'avoir une lésion tissulaire pour faire l'expérience de la douleur. Tant que l'individu expérimente la douleur, qu'il existe à sa source une lésion ou en son absence, il faut considérer son expérience comme une douleur.

Quels sont alors les déterminants de la relation médecin-patient, qui peuvent empêcher l'alliance thérapeutique d'être suffisamment efficace ? Comment l'inconscient prend-il place et qu'est-ce qui est réactivé au sein de la relation thérapeutique ?

La rédaction d'une note de recherche clinique en Master 2 a permis de mettre au travail mes premiers questionnements théorico-cliniques à travers le récit des patients suivis. J'ai particulièrement été mobilisée par les entretiens cliniques, réalisés avec une jeune femme de 38 ans, anonymisée par le prénom Laurence, mariée et maman de deux petits garçons, à qui les médecins ont diagnostiqué une fibromyalgie. Ce suivi clinique m'a été d'une grande aide pour amorcer mon travail de recherche, ma revue de la littérature, mes lectures théoriques et conceptuelles. Je suis partie des entretiens cliniques, sans hypothèses, sans présupposés. Cette approche préliminaire se veut donc inductive, phénoménologique et exploratoire, sans demande préalable de ma part, ni objectifs de recherche. J'avais consigné quelques notes écrites tout au long du suivi : des propos de Laurence et des réflexions personnelles, ayant sollicité plus profondément mon écoute. Les éléments historiques du récit soulèvent la question de l'angoisse que suscite le regard des autres, associé à une demande de reconnaissance très présente, une absence de désir, de préoccupation de soi, une hyper-adaptabilité et surtout une exigence extrême envers soi. Elle évoque un climat familial austère et strict. Son enfance est abîmée par les disputes parentales : *« je n'ai que des souvenirs négatifs de mes parents »*. Elle décrit une éducation stricte et une soumission à l'autorité parentale : *« il fallait subir », « il ne fallait pas les contredire », « pas moyen de donner son avis », « je n'avais pas le droit de sortir »*. Le lien d'attachement maternel paraît peu sécurisant et en lien avec un regard dur : *« ma mère criait beaucoup, d'ailleurs, elle ne s'exprimait qu'en criant, avec le regard méchant »*. Un activisme professionnel et une exigence démesurée sont en lien avec son besoin de reconnaissance et une insatisfaction chronique : *« il faut toujours s'améliorer, aller plus loin », « je fais toujours plus pour arriver au but »*. Elle ne laisse pas de place à la surprise : *« tout est prévu, anticipé, planifié, tracé », « j'anticipe tout, tout le temps »*, et n'arrive pas à refuser les sollicitations des autres : *« je ne sais pas dire non »* et *« je suis un caméléon, je m'adapte »*. Si je devais ne retenir qu'un instant de ces entretiens, ce serait le moment où, un jour, avant de quitter le bureau, elle me dépose à peu près ces mots-là : *« quand je me regarde dans le miroir, je vois ma mère et ça me fait horreur »*. Ces paroles ont semé des graines et c'est à ce moment que ma question de recherche a commencé à germer, dans le sens où j'ai entendu qu'il pouvait se jouer quelque chose de plus spécifique dans le lien mère-enfant et au niveau des aspects identificatoires.

L'ensemble de ces constats a débouché sur plusieurs interrogations encore non étayées, à ce stade, par une revue de la littérature. Néanmoins, se dessinent les variables de notre recherche :

- La résistance thérapeutique dans la douleur chronique est-elle uniquement liée à l'inadéquation entre le type de molécule et la réponse de l'organisme, ou y'a-t-il également une résistance du sujet ? Quelle serait alors la place de l'inconscient et de l'infantile dans la résistance thérapeutique ? Que recouvre la résistance inconsciente dans le parcours de vie et dans le parcours de prise en charge ?
- La relation médecin-patient peut être une source de malentendus et même parfois d'une conflictualité non élaborée. Pour quelles raisons ces difficultés se manifestent-elles ? Qu'est-ce qui peut faire douter un médecin lorsque son patient lui dit qu'il a mal ? Et, comment le patient se met-il à douter lui-même des intentions de son médecin ? Comment perd-il parfois confiance ?
- La relation mère-enfant paraît être conflictuelle et source potentielle de souffrances. Comment peut-elle jouer un rôle dans les manifestations de douleurs et leur persistance ? Quelle est l'incidence du regard maternel dans la douleur chronique ?

Nous désirons plus particulièrement comprendre cette résistance thérapeutique dans l'épistémologie psychanalytique, afin d'apporter des axes de réflexions dans la prise en charge des douleurs chroniques. En effet, la lutte contre la douleur et l'adhésion thérapeutique sont un enjeu de santé publique, en témoignent les débats politiques relancés en 2022. En ce sens, le prendre soin de soi (self-care) qu'interrogent Robieux et Bridou (2022) à propos des maladies chroniques serait favorable à l'efficacité de la prise en charge globale, bien que les patients douloureux chroniques, semblent plus être dans l'abandon de leur corps à la médecine (Boukerche-Delmotte, 2019), dans l'idée qu'elle peut le lui restituer en bon état de fonctionnement. « La flexibilité psychologique renvoie à la capacité d'accepter tout autant la présence des expériences internes désirables que des indésirables » (Robieux & Bridou, p.48), la résilience ou encore sont des ressources individuelles qu'il s'agirait de cultiver selon les auteurs. Mais finalement comment espérer une meilleure adhésion thérapeutique lorsque qu'une résistance inconsciente agit à l'insu du patient et du médecin ?

Cette présente recherche vise à introduire la dimension subjective, et à favoriser la prise en compte de la mythologie personnelle de la douleur et des effets transférentiels, comme facteurs d'échec thérapeutique, dans le parcours thérapeutique médical du patient.

La problématique de notre recherche se pose ainsi : **Les douleurs chroniques résistantes aux traitements thérapeutiques usuels le sont-elles également parce que le sujet de l'inconscient est sous l'effet d'une résistance psychique ? Que recouvre alors la résistance du sujet ?**

Nous faisons ainsi l'hypothèse que dans les douleurs chroniques résistantes aux traitements thérapeutiques usuels, comme dans le cas de la fibromyalgie, la qualité de la relation mère-enfant est déterminante de la relation transférentielle au médecin.

Dans la fibromyalgie, nous supposons que la résistance thérapeutique est liée au transfert issu du colloque médecin-patient, réactivant par la même occasion les enjeux identificatoires du Stade du miroir pendant l'enfance.

Nous vous proposons de mettre au travail notre problématique et nos hypothèses à travers quatre grandes parties.

Dans une première partie, il s'agit de contextualiser la prise en charge du patient et la question médicale de la douleur avec la situation politico-sanitaire actuelle. La visée est de pouvoir comprendre de quelle manière la prise en charge de la douleur chronique est réalisée et cerner les problèmes rencontrés sur le terrain, en les interrogeant par rapport aux recommandations et aux directives sanitaires mises en place.

Le cadre théorique de la recherche, qui prend place dans une seconde partie, explore - le corps et la douleur dans le paradigme psychanalytique, afin de comprendre ce que représente la douleur chronique sur un plan subjectif, - les fonctions identificatoires de la relation mère-enfant, afin de saisir comment se construit l'image de soi et comment se structure le désir inconscient, - et la résistance inconsciente à l'épreuve du transfert, afin d'entrevoir ce qui peut se jouer dans la relation médecin-patient.

Une troisième partie aborde la méthodologie de recherche et les résultats à travers l'analyse de cinq entretiens et Rorschach de femmes atteintes de fibromyalgie.

Enfin, dans la dernière partie, nous discuterons nos résultats de recherche, permettant d'éclairer et mettre au travail notre hypothèse de recherche.

PARTIE 1 :
CONTEXTE DE LA RECHERCHE

*RESISTANCE THERAPEUTIQUE DANS LA DOULEUR
CHRONIQUE : SYSTEME DE SANTE ET CONSTATS*

I. SYSTEME DE SANTE : PRATIQUE ET DISCOURS

L'étude du contexte politico-social est primordiale pour prendre la mesure des facteurs impliqués dans la prise en charge des douleurs chroniques. Elle concerne aussi bien la compréhension de ce qui se joue pour les médecins comme ce qui se joue du côté des patients, car soigner implique une relation sociale entre le médecin et son patient (Reach, 2010) ou au sens plus large entre un soignant et un soigné (Barrier, 2010).

« La communication entre soignant et soigné se trouve au cœur d'enjeux scientifiques, thérapeutiques et sociaux importants » (Famy & Delsart, 2021, p.3). Les auteurs proposent de rendre compte de la pertinence de l'étude linguistique des discours afin de comprendre ce qu'il recouvre de part et d'autre de la relation de soins. Elles expliquent que la relation de soin est une rencontre, mais également une pratique sociale, et qu'il faut prendre en considération autant les interactions verbales, que les rôles et les places qui se distribuent dans le discours. « L'enjeu est de trouver sa place à l'intérieur de l'échange pour garantir la meilleure performativité thérapeutique qui s'installe dans cette relation de soin » (Famy & Delsart, p.2).

Il s'agit alors d'appréhender aussi bien l'objet que les modalités de la prise en charge médicale contemporaine, et comprendre dans quel contexte cette relation de soin prend place. Effectivement, comme le souligne Barrier (2010, p.91) : « C'est aussi tout le système de soins qui s'y trouve impliqué, dans sa complexe multidimensionnalité : administrative, économique, scientifique, médicale, humaine ».

1. Pratique médicale : évolution et représentations contemporaines

Les prises en charge sont devenues des procédures plus ou moins standardisées. Pour en comprendre les raisons, il faut considérer que l'évolution de la représentation du corps et de la maladie a des effets sur la pratique médicale. Celle-ci contribue à son tour à la vision de la médecine contemporaine. « La conception la plus couramment admise dans nos sociétés trouve sa formulation dans la représentation anatomo-physiologique, c'est-à-dire le savoir biomédical » (Le Breton, 2013, p.20) dont nous retraçons l'histoire.

1.1. Construction de la représentation du corps

L'hégémonie d'une logique scientifique rationnelle a progressivement dépouillé le « savoir médical du sacré » (Gori, Del Volgo, 2005, p.28) et a contribué au façonnement de la représentation médicale contemporaine du corps et de la maladie. Cette évolution est permise car, comme l'explique Le Breton (2013, p.20), « le corps est une construction symbolique ». C'est au 18^{ème} siècle que la pensée savante détrône progressivement la place de Dieu pour placer l'Homme au cœur du savoir. L'arrivée des anatomistes a produit un changement de paradigme. Désormais, le corps mort sur lequel est pratiqué la dissection n'est plus un corps habité par un Homme, mais juste un cadavre, de la simple chair humaine constituée d'organes et de viscères. Cette démarche va à l'encontre des interdits, des tabous, des valeurs et des croyances de la société sur le corps sacré. Le rapport à la mort, au corps et à la douleur est désormais envisagé sous un seul angle, celui d'un savoir à acquérir, qui fait l'hégémonie du savoir médical.

L'évolution des représentations de la maladie et du corps a vu son essor au XIX^{ème} siècle avec l'arrivée de la médecine anatomo-clinique (Gori & Del Volgo, 2005 ; Le Breton, 2008) et la méthode expérimentale (Chastel, 2010). Cette méthode prend pour modèle et pour paradigme le cadavre (Gori & Del Volgo, 2005, p.29). Au début du XX^{ème} siècle, avec les expérimentations des premières greffes animales, le corps vivant obtient, à son tour, un grand intérêt médical. Elles signent un nouveau passage symbolique du corps, qui devient un corps-machine (Durif-Bruckert, 1994).

A partir des années 1950, les greffes sur l'homme commencent à fonctionner et elles s'implantent progressivement dans les techniques médicales. Ces années sont un tournant important pour le développement de la santé, en médecine comme en sociologie. La profusion des greffes amène également son lot de questionnements symboliques et notamment sur le statut du corps. Il est devenu progressivement un objet à investiguer : le cadavre, d'abord, puis, le corps vivant, ont été déshumanisés pour le progrès de la science.

En Occident, le clivage entre le corps et l'esprit de l'homme a remplacé la vision moniste, héritière des mythes et des religions alors dépourvus du savoir médical. Encore aujourd'hui, l'idéal de la médecine est l'idéal anatomoclinique (Gori & Del Volgo, 2005 ; Israël, 2005). Cette nouvelle représentation du corps l'élèverait, selon Le Breton (1992) au statut de machine, en tant qu'objet réparable (le corps réel) et surinvestit narcissiquement (le corps imaginaire). Les représentations du patient et du médecin semblent converger sur l'idée d'un corps-objet, pour l'un objet de valorisation ou dévalorisation de soi, et pour l'autre objet de la médecine, et pour les deux, un corps-objet parfois désubjectivé. D'après Barrier (2010, p.101) : « le corps médical (comme être corporatif) a phagocyté le corps vivant du malade, pour y substituer, précisément, un « corps médical », cette fois comme objet de science ». Le corps se voudrait être réduit à son plus pur réel, hors de toute subjectivité.

Le patient a donc progressivement été dépossédé de son corps. Il s'en remet désormais au médecin et perd par la même occasion la jouissance de son corps. « Cette délégation de pouvoir », comme le souligne Barrier (2010, p.101), engendre une soumission à l'autorité médicale, et la perte de pouvoir sur le corps a également compromis la prise en compte du « savoir expérientiel du malade ». A travers cette représentation, on pourrait supposer que le sujet soit lui-même morcelé entre son corps, objet de la médecine, et son esprit, sujet de la psychologie ou la psychanalyse. « Avec les progrès de la pharmacologie, notre monde moderne se prend même à rêver de l'avènement d'un nouvel homme sans douleur » (Porte, 1999, p.152).

1.2. Pratique médicale : une évolution marquée par la science

Selon Poisson (2015), au temps de la Grèce antique, la médecine hippocratique est une véritable conception éthique de la limitation de l'art de guérir. Le médecin face à son impuissance à soigner et à guérir rencontre ses propres limites, qu'il accepte comme une nécessité naturelle. Il consent à être dépendant du moment opportun (Kairos) pour intervenir auprès de son patient et ne se préoccupe pas uniquement du soin. Il intervient dans la médecine curative ou diététique pour prévenir les maladies. L'entrée dans le Moyen-Age signe la dominance de la religion qui modifie le rapport entre le médecin et l'homme malade. « Le malade se transforme en patient, par la mise en avant de la valeur thérapeutique et morale de la résistance à la douleur qu'il convient d'endurer » (Poisson, p.30). A la nécessité d'endurer sa douleur, à la manière des supplices du Christ sur la croix, le médecin est soumis au devoir de consolation. Dans cette pratique médicale, les limites sont déplacées. Les frontières naturelles de la maladie cèdent aux valeurs de la chrétienté où l'assistance que le médecin voue au malade revient à la dévotion portée au Christ. « Néanmoins, par l'usage de la parole, l'attention portée à la personne, le médecin médiéval développe une forme d'efficacité thérapeutique de la communication utile à l'efficacité de la technique et à son individualisation » (Poisson, p.31). Le mouvement philanthropique du XIX^{ème} siècle opère un nouveau glissement dans la relation thérapeutique. Les diverses obédiences des médecins de cette époque modifient la pratique médicale. « Selon ses propres motivations, le médecin peut voir en tout ou partie, le malade comme homme souffrant à aider, homme objet de connaissance scientifique, homme rouage de la société ou encore homme susceptible de lui rapporter de l'argent » (Poisson, p.32). Aux motivations personnelles du médecin s'ajoutent les progrès de la connaissance scientifique. L'émergence des représentations d'une santé maîtrisée, de l'abolition des maladies et des souffrances humaines, corrélative de ces avancées scientifiques, contribue aux modifications des pratiques et de la position du médecin face au déterminisme naturel et religieux. Désormais, il peut agir, surpasser le fatalisme ambiant.

Progressivement, la pratique médicale s'oriente vers une approche purement naturaliste. L'intérêt pour l'organe malade devient une priorité. La maladie a séparé l'organe malade du corps sain du patient, divisant ainsi l'être humain, et le regard médical a ainsi changé de point de mire pour passer de l'homme à l'organe (Marin, 2010). En raison de cette évolution historique de la pratique médicale et des avancées techniques, les médecins ont privilégié cette approche naturaliste de la maladie et du patient.

Naturellement, la pratique médicale du XXIème siècle a opéré un clivage entre les soins infirmiers (*care*), dévoués aux malades, et les soins médicaux (*cure*), centrés sur la pathologie (naturalisme). Cette distinction des soins entre le *care*, la préoccupation du malade, et le *cure*, la guérison de la pathologie, est devenue une nécessité liée aux évolutions culturelles et scientifiques (Poisson, 2015).

L'évolution de la pratique médicale au XXIème siècle repose également sur le développement de la technoscience mais tend à réduire le patient à un pur objet de la médecine déssubjectivé (Barrier, 2010). De nos jours, on se trouve dans l'ère de l'*Evidence Based Medicine* (EBM) et selon Maillé (2021, p.32) :

« On retrouve dans les textes fondateurs de l'EBM la volonté de personnaliser la prise en charge des patients. Cependant, nous pouvons constater au quotidien que les preuves issues de la recherche épidémiologique s'imposent sur l'expérience du praticien et sur la particularité du patient, afin de dire « le vrai ». Dans le discours médical (mais pas seulement), ce qui est prouvé scientifiquement – c'est-à-dire par étude contrôlée randomisée – est vrai. Et par glissement, ce qui n'est pas prouvé est faux, ou au minimum sans intérêt ».

Maillé ne remet pas en cause les bénéfices de cette approche pour le plus grand nombre des individus mais interroge les conséquences sur la place du sujet et de sa singularité. Ces nouvelles modalités d'exercices de la pratique médicale influencent fortement la qualité de la prise en charge. Le visible semble effacer les autres modalités relationnelles. En effet, le médecin peut se cantonner à être un technicien du soin au risque de réduire la relation de soin à un rapport de pouvoir sur le patient (Barrier, 2010). C'est ce que questionne Potier (2007) à propos du cadre thérapeutique et ses profondes transformations avec l'avènement de cette technoscience. « L'imagerie médicale est l'une des applications technoscientifiques au domaine de la santé » (Potier, p.79).

L'apparition de l'imagerie médicale modifie la conception du patient et de son corps, désormais soumis à l'investigation du réel en temps réel, et offre une lecture du réel corps auparavant inaccessible. « Elle pense rendre l'observation clinique obsolète parce qu'elle livre des images du corps directes et presque parfaites, elle pense rendre le corps transparent » (Barrier, 2010, p.125). C'est d'ailleurs en rendant l'invisible visible que la Science assoit son savoir. Or, médecin et patient n'adoptent pas la même attitude devant la vision d'une imagerie médicale. Si pour le médecin, elle fait office de preuve, pour le patient, elle est une image opaque et illisible (Potier, 2007).

Harrus-Révidi (2008, p.10) révèle que la radiographie dépossède le patient d'un savoir sur son corps propre. « Le sensoriel est impitoyablement évacué, la connaissance phénoménologique de soi est remplacée par une passivité nécessairement compliant, vertu connue du seul corps médical ». Les éprouvés et le vécu subjectif sont dévalués voire niés lorsque l'image est incapable de confirmer la parole du patient (Harrus-Révidi, 2008). Elle est donc la preuve incontestable du mal en présence ou en l'absence de symptômes. L'imagerie atteste alors de l'existence d'une pathologie, d'un dysfonctionnement ou d'une lésion et « la conversion du corps en image se veut sans supplément, sans distance, sans scories » (Le Breton, p.248). L'image se voudrait objective mais lorsque les imageries ne montrent rien, le patient perd-il de son intérêt au regard de la médecine ? Celui-ci est-il insatisfait sur le plan scopique et se détournerait ainsi de son patient pour chercher l'objet (a) ailleurs ?

Les conséquences de ce témoin par l'image infiltrent non seulement la pratique médicale mais également la représentation des patients. Le médecin peut désormais s'appuyer sur la preuve comme reconnaissance ou abolition de la parole du patient, lorsque l'imagerie ne dévoile rien de ce qui le fait souffrir. Au moment où le médecin annonce à son patient qu'il n'a rien, cela signifie pour le médecin l'absence d'une lésion ou d'une pathologie, mais pour le patient, le « rien » est bien souvent entendu comme le constat qu'il n'est pas malade ou souffrant (Israël, 2005) et qu'il peut vivre comme une parole assassine selon les propos de Brokmann (2012). Le risque est que le médecin annihile la possibilité de nommer sa douleur (Czermak, 1985). Ainsi, le médecin peut attester, affirmer, reconnaître, ou, au contraire, répudier, renier, rejeter, non pas la maladie, mais la parole d'un sujet en souffrance et son sentiment d'identité propre.

Comme le souligne Potier : « penser l'imagerie médicale pourrait nécessiter dans un premier temps de décoller le nez de l'image qu'elle consacre, et interroger la dimension du regard, envisagée comme discriminant fondamental » (Potier, 2007, p.78), car le passage du registre symbolique au registre imaginaire délie le nouage borroméen, qui permettait la mise en sens du vécu. Cette configuration particulière entre un regard (celui du médecin), un support spéculaire (l'imagerie) et un patient est à réfléchir à partir de l'image de soi que le sujet se construit dès l'enfance et les enjeux spéculaires qu'elle réactive du Stade du miroir.

Certaines études étayaient la séparation entre le corps-objet de la médecine et l'histoire du malade, ce qui ébranlerait les assises identitaires du sujet (Marin, 2010 ; Poisson, 2005). En ce sens, la préoccupation pour le malade serait désormais affaire des autres acteurs de la prise en charge (infirmiers, psychologues, etc). En effet, « la technicité de la médecine réduit la rencontre malade-médecin, appelée aussi le « colloque-singulier », à un inventaire des performances objectives des fonctions biologiques essentielles » (Israël, 2005, p.212), bien que l'on ne puisse pas réduire la relation médecin-patient à cela. « La difficulté réside dans le fait de tenir ensemble ces deux positions, de maintenir ce double souci, ce double regard sur le malade, sans céder à la tentation de privilégier la réponse technique » (Marin, 2010, p.135). La question que soulève alors Marin (2010, p.134) est intéressante dans la mesure où il y a une séparation paradigmatique entre la maladie et le patient malade : « Comment réunifier ce que la maladie tend déjà à dissocier, alors que les techniques de guérison elles-mêmes participent d'un certain démembrement du sujet ? ». Il s'agit donc de nuancer les approches, sans les opposer, au risque de « neutraliser les initiatives tant scientifiques que soignantes » (Chvetzoff, Laurent, Baylot & Chvetzoff, 2021, p.6). Réconcilier les deux approches ou comme le dit Israël (2005), réintroduire dans la relation médecin-patient l'instance tierce que représente le mot, semble être l'enjeu majeur de cette médecine contemporaine. C'est pour ces raisons que l'Académie de médecine recommande de privilégier une relation d'empathie avec le patient, d'écouter et prendre en considération sa plainte, et surtout de l'aider à utiliser les supports informatiques pour s'informer correctement (Bontoux, Autret, Jaurya, Laurent & Levi, 2021).

2. Discours sociaux et politique managériale du système de santé

Spiess, Chevalerias et Razon (2014) supposent que l'autorité médicale, riche de connaissances de plus en plus poussées, impose son discours. En effet, le discours médico-social s'est façonné à travers l'évolution de la représentation du corps en lien avec les progrès médicaux et l'abandon progressif d'une causalité divine des maladies, comme décrit en amont. La pratique médicale contemporaine est empreinte de cette nouvelle vision de la médecine mais elle est également influencée par les nombreux bouleversements sociétaux, issus actuellement de ce que l'on nomme couramment les nouvelles valeurs de la Modernité (Ehrenberg, 2010) et de la logique de rentabilité que Bonnici (2021) nomme le marché de la santé. Ce marché comme n'importe quel marché financier est basé sur l'offre et la demande que Bonnici décrit comme une offre de soins, en constante restructuration, et une demande en accroissement constant, provoquant une augmentation des dépenses publiques.

2.1. De l'idéal social à l'idéal sanitaire

Selon Ehrenberg (2010, 2016), un idéal d'autonomie est devenu la nouvelle valeur suprême de la Modernité. Il provient d'un mouvement de retour de la subjectivité sur la scène sociale et médicale, qui donne une place fondamentale aux émotions pour comprendre les souffrances psychiques et les maladies mentales. Si l'autonomie implique de donner une place à la subjectivité comme ordonnateurs des choix moraux individuels, qui entrent dans la dynamique et au cœur du socius, le passage de l'aspiration (à l'autonomie) à la condition (d'autonomie) est au cœur du malaise actuel dans la société. Il dénonce l'affaiblissement du lien social et une surcharge de responsabilités et d'épreuves (Ehrenberg, 2016). Ce devoir d'être efficace dans le regard des autres et de la société pose des difficultés à dépasser le conflit œdipien (Pirlot, 1999). Bonnet (2010) avance que la condition à devoir se réaliser personnellement, professionnellement et socialement a effacé la valeur constituante de l'idéal, car « pour la psychanalyse, il n'y a qu'une source à proprement parler, c'est l'aspiration idéale qui est présente dans l'inconscient de chacun » (Bonnet, p.40). Dans l'inconscient, l'idéalisation peut être paradoxale.

L'auteur précise aussi que les objets placés au Panthéon des réalités désirables peuvent devenir tyranniques lorsqu'ils s'imposent comme des impératifs absolus. Le plaisir procuré par l'idéalisation tient de l'opération elle-même et non pas de l'atteindre, c'est cette dynamique, qui est moteur dans l'existence du sujet, alors que la condition fige le mouvement ; elle devient un impératif mortifère, c'est-à-dire qu'elle est dominée par la pulsion de mort et la désintringation pulsionnelle.

L'autonomie semble avoir engendré, dans ce même mouvement de retour sur soi, une idéologie comportementale, qui s'étend dans tous les domaines de la vie : personnel, professionnel, et sanitaire. « Le social et la santé sont liés de façon étroite et complexe et il est nécessaire de les considérer comme agissant de concert plutôt que comme séparés en composantes ou variables pour inclusion dans la recherche » (Chamberlain, 2009, p.20). Pour Lesourd (2008, p.32), le discours libéral moderne favorise la mise en avant des fonctions narcissiques de la personnalité. Ce qui paraît alors défailant est la constitution d'un idéal du moi, nécessaire à la subjectivation et à l'identification phallique, permettant l'accès à la castration. « Ainsi, au libre choix individuel correspondent les dépressions qui signent la solitude du sujet dans sa réalisation désirante » (Lesourd, p.33).

Cette condition d'autonomie nous la retrouvons donc dans le domaine de la santé, avec l'idée que l'individu est pleinement responsable de sa santé physique et mentale. Au regard de la société et de la loi, le patient est apte à comprendre ce qu'on lui propose et à faire des choix (Atlan, 2003). En revanche, il n'est pas simplement autonome dans la démarche thérapeutique que le médecin lui recommande, il devrait être Maître de sa propre santé. Gori et Del Volgo constatent que les injonctions médicales sont basées sur la responsabilité de l'individu à adopter les bons comportements pour sa guérison et qu'elles renforcent le sentiment de culpabilité lorsque la maladie vient frapper le sujet. Ces injonctions prendraient le « relais des menaces surmoïques » (Gori, Del Volgo, 2005, p.138). Selon cette hypothèse, cette introjection du discours médical produirait des effets au sein même de la prise en charge. Cette perspective alimenterait les représentations, les croyances et les attentes de la société et de la médecine vis-à-vis des patients, dans l'idée d'un comportement idéal que le patient devrait adopter pour sa guérison.

Le patient doit désormais être acteur de sa santé et cette prise de conscience est nécessaire surtout pour les patients douloureux chroniques, afin qu'ils puissent comprendre les limites de leur corps et s'auto-soulager au quotidien. Robieux et Bridou (2022) expliquent en quoi le prendre soin de soi participe à l'efficacité thérapeutique générale. En ce sens, cette part active de soi dans la démarche thérapeutique est aussi l'objectif de la psychanalyse telle que Visentini (2019) la déplaie, en tant que pratique qui a pour visée d'autonomiser le patient pour devenir un agent de son propre soin. C'est en ce sens qu'il faudrait réinterroger cette notion d'autonomie, posée comme universelle. Castoriadis explique les implications de l'autonomie au regard du sujet :

« Si à l'autonomie, la législation ou la régulation par soi-même, on oppose l'hétéronomie, la législation ou la régulation par un autre, l'autonomie, c'est ma propre loi, opposée à la régulation par l'inconscient qui est une loi autre, la loi d'un autre que moi » (Castoriadis cité dans Le Coadic, 2006, p.322-323).

Dans ce cas, l'idéal social d'un fonctionnement autonome reviendrait à se soustraire des lois symboliques, héritage du grand Autre. Et, être insoumis à la loi de l'inconscient (le discours de l'Autre), comme dans la perversion par exemple, supposerait que la fonction de l'idéal n'intervienne pas comme modèle auquel le sujet puisse se référer. Ce qui serait potentiellement problématique pour la subjectivation. Le sujet du désir est celui qui est structuré par l'hétéronomie et c'est ce que Lacan soulève comme frein dans la démarche d'autonomisation de l'individu, spécifiquement lorsqu'elle ne tient pas compte des lois inconscientes qui structurent le sujet. « L'accentuation toujours plus grande, au cours de l'histoire des théories éthiques, de cette notion d'autonomie, montre assez ce dont il s'agit, à savoir d'une défense. Ce qu'il s'agit d'avalier, c'est cette vérité première et d'évidence que la loi morale est hétéronome » (Lacan, 1963, p.177).

Les douleurs chroniques soulèvent de façon prégnante le rapport hétéronomie-autonomie dans l'adhésion qui est demandée au patient dans sa prise en charge. Comment le sujet peut-il appliquer la loi d'un Autre (hétéronomie), ici, le discours d'un médecin, qui demande à son patient d'être responsable de sa santé, à travers les comportements et les choix qu'il effectue, alors même que le discours médico-social désarrime le sujet des lois symboliques de l'Autre qui le structure (autonomie) ?

L'ambivalence du discours social participe au séparatisme médecin-patient, dans la mesure où il est demandé au malade d'être autonome dans ses choix et ses comportements, alors qu'en même temps, la santé est devenue un droit, entièrement dépendant du pouvoir de la médecine à soigner et à guérir les patients. Dans une telle perspective, les désillusions, les frustrations voire les privations sont d'autant plus grandes que souvent la guérison est largement compromise.

2.2. Politique de rendement en milieux hospitaliers et effets dans la prise en charge

Cette nouvelle valeur de la Modernité entre en résonance avec le discours capitaliste. Celui-ci impliquerait désormais une idéologie : l'absence de castration et l'abolition du manque (Melman, 2009 ; Sidoit, 2016). Depuis quelques années, ce discours capitaliste s'infiltré dans le discours sanitaire, ce que Sauret, Combres, Rossi-Neves, Zapata-Reinert, Askofaré et Macary-Garipuy (2015) décrivent dans ce passage :

« Le « mariage » de la technoscience et du marché perfectionne le discours capitaliste. Il suscite une idéologie, le scientisme, qui, au lieu de la division entre science (avec laquelle il rompt) et métaphysique, affirme désormais répondre à toutes les questions : on explique tout, on comprend tout, on fabrique tout, on jouit de tout. Le scientisme développe une anthropologie également idéologique avec laquelle les individus sont invités à se penser comme un organisme, une machine, intégralement évaluable, flexible, durable, efficace, utile, économique, etc » (Sauret et al., p.49).

C'est la rencontre entre la technoscience et le marché économique qui perfectionne le discours capitaliste (Sauret et al., 2015) et qui a favorisé son infiltration dans le monde hospitalier, comme le constate Hiridjee (2022, p.31) : « en trois décennies, assailli par une logique de performance, le système hospitalier, public comme privé, s'est transformé en une vaste industrie du soin ». Cette approche du soin a été bouleversée, notamment, par la loi organique relative aux lois de finances (LOLF), votée en 2001 et appliquée en 2006, qui régit la gestion des finances publiques, par la mise en place de la tarification à l'activité - T2A en 2004, dans le cadre du plan « hôpital 2007 », et par le pilotage régional du système de santé (ARS), dans le cadre de la loi de la gouvernance hospitalière - *Hôpital Patient Santé Territoire* (HPST) - en 2009.

Ces grandes restructurations ont non seulement modifié le système de ressources financières des établissements publics de santé, mais également eu des effets considérables sur la prise en charge des patients. Sebai (2015) constate que l'évaluation de la performance dans les institutions sanitaires est particulièrement problématique, car les actes de soins qualitatifs sont difficilement quantifiables. Il rend surtout attentif au fait que « les structures de soins ont en effet besoin d'un management beaucoup plus souple et flexible » (Sebai, p.402).

Gori et Del Volgo (2005) repèrent que cette logique de rendement tend à réduire les coûts et optimiser le temps de prise en charge. Cette nouvelle représentation du soin aurait engendré une homogénéisation de la pratique médicale que les auteurs nomment le taylorisme médical pour rappeler la méthode scientifique d'organisation du travail industriel né à partir des années 1880. Cette standardisation de la pratique médicale serait la principale cause de l'instrumentalisation de l'homme et des difficultés rencontrées dans le domaine de la santé qu'Israël (2005) entend comme une idéologie utilitaire et productive. Elle diminuerait le temps consacré au patient, en faveur du temps consacré aux interventions rentables, et modifierait également la représentation du patient réduit à un organisme, une machine à réparer. C'est ce que constatent et dénoncent Révah-Levy & Verneuil (2016, p.12) : « politiques, institutions, médecins et patients, nous avons contribué à mettre en place un système de soins aujourd'hui déshumanisé, nous laissant prendre dans la tourmente du soi-disant progrès médical et de la sacro-sainte rentabilité ». Il paraît difficile pour le médecin de se soustraire du mouvement social et collectif.

La tarification à l'activité a largement participé à faire des médecins des acteurs commerciaux, en valorisant les activités avec un taux de performances quantifiables au détriment du temps médical et paramédical consacré au patient. Israël (2005) avait déjà rendu attentif sur le risque de l'influence du discours collectif sur le médecin, pouvant le conduire à devenir un agent de productivité. Ce risque est devenu une réalité, que Revah-Levy et Verneuil vivent dans leur pratique médicale quotidienne : « on nous a imposé une vision entrepreneuriale de l'hôpital, les soins et les patients sont des marchandises, les médecins ont subi et n'ont pas pu empêcher ces dérives » (Revah-Levy et Verneuil, 2016, p.14) et que Boukerche-Delmotte repère dans sa pratique de psychologue en Centre de la douleur : « le médecin qui était au service du malade va être maintenant au service de l'impératif social » (Boukerche-Delmotte, 2019, p.138).

Juven (2016) explique que le patient est désormais un dossier auquel est rattaché un tarif. En ce sens, le patient est lui-même un objet de rentabilité. Sidoit (2016) partage cette vision bureaucratique de la santé. Elle a repéré que le patient est parlé comme un numéro ou un dossier et que ce discours en milieu hospitalier provient de l'infiltration du discours capitaliste. Nous avons constaté l'objectalisation du patient lors de notre stage, illustrée par des propos qui le renvoie à un « dossier difficile ». Le sujet semble disparaître derrière le discours capitaliste et la logique rationnelle des savoirs acquis par la société moderne.

On entend toute la violence que ces nouvelles directives ont provoquées - et sur la pratique de la médecine et sur la prise en charge du patient. En même temps, le discours médical relèguerait le sujet de l'inconscient à une pure conception théorique. Plus encore, le récit du patient pourrait même le tromper face à l'objectivité des examens cliniques réalisés (Del Volgo, 2003). Cette réduction du sujet provoque en même temps une perte symbolique ; le malade n'est plus qu'un support de maladie. Cette assurance que tout peut s'expliquer par la rationalité scientifique empêche le médecin de rencontrer le sujet, il demeure en face d'un patient. Et comme le souligne Jandrok (2009), le médecin est dans de grandes difficultés à considérer que le symptôme puisse avoir un sens pour le patient, ce qui le maintient en position de savoir et relègue l'histoire du patient et sa singularité à un problème psychique.

« Malheureusement et de plus en plus souvent, de nombreux patients tombent aujourd'hui dans les mains de médecins expéditifs, sûrs de leur diagnostic et incapables de la moindre remise en question. Pour eux, le symptôme ne fait et ne fera jamais sens. C'est un signe, c'est le signe certain d'une atteinte organique. Et si l'on ne trouve finalement rien, c'est que c'est « psy » » (Jandrok, 2009, p.22).

Maillé (2022) situe également le problème du côté du médecin, qui doit lui aussi advenir en tant que sujet pour créer un espace relationnel intersubjectif, « parce qu'ontologiquement semblables, le médecin comme sujet soignant et le sujet souffrant peuvent se rejoindre » (Maillé, p.33).

II. DOULEUR CHRONIQUE : CONSIDERATIONS ACTUELLES ET PRISE EN CHARGE

Nous avons tenu compte de la classification de la douleur pour notre recherche, car nous souhaitons interroger plus particulièrement les douleurs nociplastiques pour leur caractère persistant et réfractaire aux traitements conventionnels. Il s'agit alors de comprendre ce que ce terme recouvre et appréhender les spécificités de la douleur chronique au regard de la douleur aiguë, et notamment par rapport à sa prise en charge.

En effet, ces dernières décennies, la prise en charge de la douleur a fait l'objet de diverses recommandations ministérielles marquant un tournant dans cette lutte contre la douleur. Elles ont permis de poser un cadre sur les bonnes pratiques professionnelles à adopter en milieu médical et hospitalier. Un centre spécialisé dans la douleur (consultation, unité ou centre, selon l'appellation en vigueur) représente l'assurance d'une prise en charge la plus efficiente possible, car elle doit répondre à certains critères définis par la HAS (2014). Ces structures ont l'obligation de répondre à la politique de prise en charge en lien avec les objectifs d'amélioration fixés par des Comités dédiés à la lutte contre la douleur et composés de personnels soignants.

Néanmoins, c'est sans compter sur les conséquences que la réforme hospitalière, engagée par la loi HPST de 2009, a occasionné. Les valeurs capitalistes se sont immiscées dans le domaine de la santé (Gori, 2021) et participeraient à porter beaucoup de confusion dans les rôles de chacun au sein de la prise en charge. Ce que nous désirons éclairer dans cette partie.

1. Classification médicale de la douleur chronique

L'ensemble des travaux, que ce soit en Europe ou en Outre-Atlantique, montre que nous sommes passés d'une clinique de spécialisation (à chaque douleur sa pathologie), à un courant de la physiologie pathologique, incluant l'étude des dysfonctionnements précoces et des mécanismes à l'origine des douleurs avec ou sans lésion. Pour ces dernières, les modifications sont étayées par différentes observations et études menées au début des années 1960 : les difficultés de traitement de l'alcoolisme ou de la névralgie indiquent que des facteurs autres interviennent dans les voies de perception et de réaction à la douleur. Les variations des seuils de la douleur, issues d'observations empiriques culturelles et personnelles, ainsi que sur les espèces animales, indiquent l'influence de facteurs psychologiques dans le ressenti douloureux. La classification médicale actuelle tient compte de ces découvertes.

1.1. Reconnaissance et évaluation de la douleur

En 1979, une définition, proposée et adoptée par les membres experts de l'IASP à la portée internationale, est encore actuellement une référence dans le champ de la recherche : « la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans ces termes ». Cette définition marque une avancée considérable, car elle repose sur la reconnaissance du caractère subjectif de la douleur, bien qu'elle reste malheureusement limitée à une approche théorique de la douleur (Bouckenaere, 2007). Besson (1992) précise que l'aspect sensoriel se rapporte au seuil de tolérance et traduit la limite tolérable du stimulus douloureux pour un individu. Ce seuil est dépendant d'innombrables facteurs : sexe, ethnie, religion, culture, angoisse, peur, émotion, entre autres.

La composante émotionnelle est entendue du point de vue cognitif. Elle représente un des facteurs causals dans le dysfonctionnement du message nociceptif (Nusbaum, Ribes, Gaucher, 2010), et des difficultés à interpréter et gérer les émotions sont impliquées dans la persistance de la douleur (Luminet, Vermeulen, Grynberg 2013 ; Di Tella & Castelli, 2016). Cette définition n'éclaire cependant pas suffisamment le vécu et le sens que peut prendre la douleur pour un sujet qui l'endure. Cet aspect subjectif est décrit de façon plus précise dans la note complémentaire, qui accompagne la définition principale. Cette note complémentaire a toute son importance pour clarifier le propos. L'IASP précise qu'il n'est pas nécessaire d'avoir une lésion tissulaire ou un dysfonctionnement psychopathologique pour faire l'expérience de la douleur. Faits objectivables, observables, mesurables ou non, tant que l'individu expérimente la douleur, il faut la considérer comme une douleur. Elle peut être éprouvée pour des raisons psychologiques, elle n'en est pas moins une douleur pour l'individu.

« Beaucoup de personnes rapportent des douleurs en l'absence de lésions tissulaires ou de cause physiopathologique ; habituellement cela arrive pour des raisons psychologiques. Il est actuellement impossible de distinguer leur expérience de celle engendrée par un dommage tissulaire si on se fie au report subjectif. S'ils considèrent leur expérience comme une douleur, et s'ils la rapportent dans les mêmes conditions que la douleur causée par des dommages tissulaires, cela doit être accepté comme une douleur » (IASP, 2017).

La revue de Raja et al. (2020, p.6) nous apprend que pour la première fois depuis 1979, cette définition a été révisée. Il y a eu au total cinq remaniements avant de statuer sur une nouvelle définition de la douleur. La nouvelle définition de l'IASP (2020) sur la douleur, traduite en français, est donc la suivante : « Une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à, ou ressemblant à celle associée à, une lésion tissulaire réelle ou potentielle ». Ces révisions appuient d'autant plus le caractère subjectif de la douleur. La question qui se pose alors est la pertinence de l'évaluation de la douleur par les échelles actuelles, mais surtout du type d'échelle qui pourrait retranscrire au mieux l'éprouvé du patient.

En 2014, Delassus a réalisé une étude qualitative pour sa thèse de doctorat. Il y interroge les décisions thérapeutiques de 10 médecins généralistes, entre 1 et 33 ans d'expérience en libéral, lorsque leur prise en charge de la douleur, basée sur des antalgiques de palier II, a échoué. Les résultats indiquent que les médecins ne recourent que peu de fois aux échelles d'évaluation. Et lorsqu'ils le font, ils recourent principalement aux échelles unidimensionnelles, comme l'EVA, la plus répandue et rapide à utiliser. Ce qui laisse peu voire aucune place à l'élaboration subjective.

Les échelles multidimensionnelles, comme le *McGill Pain Questionnaire*, semblent plus appropriées pour refléter le vécu subjectif, comme le soulignent Delassus ou Allaert (2010), pour qui l'aspect chronophage de tels questionnaires est la raison principale pour laquelle les médecins ne l'utilisent pas pendant leur consultation. Le *McGill Pain questionnaire* est traduit par Melzack et Wall dès 1989 et porte le nom, en France, de questionnaire de douleur de Saint-Antoine (Allaert, 2010). Selon Besson (1992), celui-ci consiste à décrire la douleur à l'aide de qualificatifs spécifiques et relativement détaillés (type de douleur : décharge électrique, brûlure, fourmillement, démangeaison, pulsation ; retentissement de la douleur : épuisante, suffocante, affreuse, déprimante, harassante). Ces termes précis pourraient permettre une meilleure évaluation qualitative et quantitative de la douleur, et aiguiller le médecin dans sa réflexion thérapeutique. Par ailleurs, ces nombreux qualificatifs pourraient être un appui pertinent pour le patient lui-même qui peut avoir des difficultés à communiquer sur sa douleur qui est inobjectivable, justement par la nécessité d'en passer par le langage (Berquin, 2013).

La singularité et la réalité subjective d'un sujet marquent la frontière entre soi et l'autre, et l'expérience de douleur souvent incommunicable appuie encore davantage cette rupture épistémologique, entre savoir médical, savoir patient et savoir du sujet. Par conséquent, l'évaluation de la douleur devrait toujours reposer sur la parole du patient et son vécu. Toute la difficulté réside dans le travail de déchiffrement que le médecin se doit de réaliser. Or, le médecin est-il à même de pouvoir endosser cette étiquette *d'archéologue* (Desfontaines, 2012) de l'histoire personnelle de son patient ?

1.2. Spécificités de la douleur aiguë et chronique

La douleur aiguë est expliquée au niveau neurologique par un phénomène appelé excès de nociception. Lors de stimulations nocives, de source thermique, mécanique ou chimique, des récepteurs du système sensoriel s'activent, ce sont les nocicepteurs. D'ailleurs, les voies nociceptives du fœtus humain sont fonctionnelles à partir de six semaines de grossesse. Du latin *nucere*, nuire, et *capere*, recevoir, l'excès de nociception est provoqué par des stimuli intenses, internes ou externes, pouvant menacer l'intégrité corporelle ou signalant une blessure, une infection, une lésion ou une pathologie. Elle permet ainsi à l'organisme de déclencher des comportements réflexes dans le but de supprimer la cause des douleurs. Dans ce cas, le message douloureux, circulant au sein des petites fibres nerveuses, est considéré comme le fonctionnement normal du système nerveux (Besson, 1992). Elle est considérée comme un signal d'alarme. C'est une douleur nécessaire et transitoire. Néanmoins, cet excès de nociception peut durer au-delà de la source de danger, interne ou externe. La répétition d'un stimulus occasionne alors une sensibilisation des récepteurs. Cette sensibilisation provoque un abaissement du seuil de tolérance et une amplification du message nociceptif, ce qui provoque une hyperalgésie. Elle est considérée comme la conséquence du prolongement du message douloureux initial au sein des petites fibres nerveuses.

Lorsque la douleur persiste au-delà de 3 mois, elle est considérée comme chronique. Sur le plan somatique, cet excès de nociception peut s'expliquer par des origines variées : lésions diverses, inflammations prolongées, souffrances dues au cancer (Besson, 1992). L'hypothèse d'une mauvaise prise en charge de la douleur aiguë à l'origine de la douleur chronique est couramment évoquée, sans y être réduite (CETD, 2016). Sa compréhension suggère de prendre en considération une pluralité de facteurs susceptibles d'intervenir dans la persistance du message douloureux (Berquin, 2013 ; Doleys, 2017). Sur le long terme, il peut se produire une mise en mémoire de la douleur. La douleur perd alors sa fonction biologique de signal d'alarme (Inserm, 2021), de symptôme médical, pour devenir une douleur chronique (Besson, 1992 ; Serra, 2009 ; Berquin, 2013 ; Le Breton 2017). Celle-ci semble inutile dans une vision scientifique (Besson, 1992 ; Meyran, 2010). Or, si la douleur est un signal d'alarme pour l'organisme, il doit y avoir un sens pour qu'elle se maintienne une fois la source de danger écartée.

Son caractère chronique marque le passage de la douleur en tant que symptôme à la douleur en tant que maladie. Elle devient un Syndrome Douloureux Chronique (SDC) (Serra, 2009 ; Berquin, 2013). Les modifications des représentations de la douleur en tant que *douleur-maladie* (Leriche, 1936 ; Bourreau, 1986) ont contribué à renforcer l'intérêt des médecins pour la douleur, qui n'est plus juste un symptôme mais une pathologie à part entière (Besson, 1992). La douleur est donc nécessaire pour alerter d'un danger mais aussi pour ressentir son corps. Le Breton (2010) rapporte des récits de patients avec une analgésie congénitale. Ils n'hésitent pas à s'infliger des coups et des blessures pour avoir l'impression d'avoir un corps qui leur appartient. Néanmoins, l'excès de douleur est très invalidant.

Dans la recherche neuroscientifique, la douleur s'observe directement à travers l'imagerie, par l'activation des zones cérébrales impliquées dans le traitement de la douleur physique et morale, activant le système limbique. Les composantes émotionnelles rattachées à l'événement douloureux sont enregistrées au niveau de la mémoire épisodique, celle qui est sollicitée pour se remémorer à distance une douleur vécue (Laurent, 2009). Des recherches indiquent l'implication et le rôle du Cortex Cingulaire Antérieur (CCA) dans le contrôle des aspects émotionnels de la douleur. Il s'active de façon analogue lors de souffrances physiques et morales (Laurent, 2015). Cette observation confirme ainsi « l'importance des phénomènes émotionnels et cognitifs dans la perception douloureuse » (Laurent, 2013, p.838). Cette découverte est d'autant plus intéressante que Freud (1915) a élaboré un modèle unique de traitement de la douleur morale et physique de la douleur, et interroge sur les possibles recoupements de paradigmes. Ce que nous ne développons pas dans notre thèse.

En 2008, la HAS propose une définition claire permettant ainsi de poser une limite entre la douleur aiguë et la douleur chronique :

« La douleur chronique ou syndrome douloureux chronique est un syndrome multidimensionnel, lorsque la douleur exprimée, quelles que soient sa topographie et son intensité, persiste ou est récurrente au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée, répond insuffisamment au traitement, ou entraîne une détérioration significative et progressive des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient ».

L'IASP (2017) statue actuellement sur trois formes de douleurs chroniques, différenciables grâce aux mécanismes physiologiques qui les sous-tendent et qui trouvent ou non un fondement dans le substrat biologique ou physiologique :

- La douleur nociceptive est décrite comme une réponse physiologique normale, causée par des dommages mécaniques ou des inflammations persistantes.
- La douleur neuropathique est causée par des lésions du système nerveux au niveau du cerveau, de la moelle épinière ou des nerfs.
- La douleur nociplastique, celle qui intéresse notre propos.

Pour cette dernière, plusieurs appellations ont été admises au cours de ces dernières années : psychogène, idiopathique et fonctionnelle (Besson, 1992 ; SFEDT, 2019). De plus, elle a été reconnue pour la première fois et légitimée lors du congrès de Seattle (1973), alors qu'auparavant, elles étaient considérées comme imaginaires (Bonica, 1953 ; Baszanger, 1995) et rapportées à la médecine psychosomatique en tant que douleur psychique. Selon Nasio (1996), la douleur psychogène est une douleur somatique, dont l'origine n'est pas organique mais psychique. Ce n'est pas une douleur psychique. Les douleurs nociplastiques sont des douleurs sans lésions visibles par les examens médicaux, de type scanner, radio ou IRM (Treede, 2018). Ce sont des douleurs provenant de l'altération des nocicepteurs, sans cause évidente d'une lésion à l'origine de l'activation de ces nocicepteurs périphériques, et sans preuve d'une maladie ou d'une lésion du système somatosensoriel (IASP, 2017). Elles sont ainsi nommées pour indiquer qu'une anomalie du mécanisme de la douleur est à son origine et qu'elle est issue d'un remodelage cérébral, selon le principe de la plasticité cérébrale. Le remodelage cérébral a provoqué avec lui une résistance aux traitements. Il ne s'agit plus simplement de douleurs, dont la cause est indéterminée, mais de douleurs qui, par leur persistance, réorganisent le système de traitement de la douleur au niveau du Système Nerveux Central (SNC). Elles sont également appelées Douleurs centralisées. Selon l'OFMA (2020), les principales douleurs chroniques nociplastiques concernent :

- La glossodynie (env. 1% de la population générale)
- Le syndrome de l'intestin irritable (10 à 20% de la population générale)
- La fibromyalgie (env. 2% de la population générale)
- L'algodystrophie (env. 2% de la population générale).

La fibromyalgie est actuellement classée parmi ces douleurs. Elle est la pathologie la plus répandue, toucherait 2 à 3 % de la population générale et essentiellement les femmes (80%) (Dumolard, 2016). La fibromyalgie est une véritable pathologie de la douleur, car toute la symptomatologie tourne autour des douleurs chroniques, de la fatigue chronique et d'autres comorbidités (SFETD, 2017). Sur le terrain, certains médecins pensent que le syndrome de l'intestin irritable fait partie de la symptomatologie de la fibromyalgie (Salvat, 2021).

1.3. Répercussions subjectives, sanitaires et sociales

Dans sa forme chronique, la douleur altère considérablement l'existence du sujet jusqu'à menacer ses assises identitaires. Et ce phénomène est bien trop répandu pour ne pas en faire une priorité de santé publique. D'après les propos des médecins du Centre de la douleur, celui du lieu de notre stage, la fréquence des consultations de patients douloureux chroniques dans les centres spécialisés augmente chaque année. Selon le SNIIRAM (2015), trois quarts de la population consultent, une fois par an, pour un problème douloureux, dont près d'une personne sur cinq, repartent avec une ordonnance d'opioïde. La SFETD (2017) relate que les 260 structures de la douleur accueillent environ 400 000 patients par an. Elle fait état des études qui recensent en moyenne 8 à 12 millions de français, accablés par la douleur chronique. L'INSERM (2021) parle même de 30%. Parmi ces personnes, 70% ne seraient pas correctement soulagés et moins de 3% seraient pris en charge dans des structures spécialisées, due à la forte demande et aux délais trop importants d'attente (SFEDT, 2017). Enfin, d'après l'OFMA (2020), plus de 4,2 millions de Français souffrent de douleurs invisibles aux examens » et « le caractère invisible de la douleur entrave sa reconnaissance » (Percevault, 2015, p.61).

L'étude de Breivik & al. (2006), effectuée sur un panel de 4839 individus dans 15 pays européens, montre que 56% des femmes sont concernées et que ce sont les 41-60 ans de cette population qui sont les plus touchées. Près de la moitié de la population a mal au dos et env. 42% de ces douleurs sont de type rhumatismale et arthritique. Dans 31% des cas, la douleur à son apogée a été si sévère qu'ils n'auraient pas pu en tolérer davantage. Le rapport de la DREES (2011) corrobore la prédominance des douleurs chroniques chez les femmes, et que les personnes âgées sont plus touchées que les jeunes. D'importantes répercussions sur le plan familial et professionnel sont constatées.

Au niveau économique, pour l'ARS des Hauts-de-France (2023), 45% des patients douloureux sont concernés par des arrêts de travail qui dépassent 4 mois/an, bien que seuls 7,3% des patients rencontrent un spécialiste de la douleur. L'ARS assure que la prise en charge de la douleur est inscrite dans la mission du médecin généraliste et des spécialistes, depuis la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016. Nous nous interrogeons alors sur le parcours thérapeutique en lui-même et les freins que rencontrent les patients pour accéder à un professionnel qualifié ou pour bénéficier de soins adaptés.

Au niveau de la prise en charge, l'étude de Breivik et al. (2006) recense 69% de la population trouve que la douleur a été soignée d'une quelconque façon. Il ressort que 33%, de ceux qui ne reçoivent pas régulièrement un traitement, ont appris à gérer la douleur seuls, 12% pensent qu'il n'y a rien de plus à faire et 11% disent accepter la douleur et vivre avec elle. Selon cette même étude, nous constatons que les thérapies physiques, c'est-à-dire, englobant toute prise en charge au niveau du corps, en dehors de la médication traditionnelle, sont des approches thérapeutiques très peu envisagées en France (2%) comparativement à la Suède (55%), les Pays-Bas (52%), la Norvège (47%). Il semble que, d'une part, un certain nombre de douloureux chroniques trouve une forme de soulagement, et, d'autre part, que l'efficacité de la prise en charge est corrélée aux thérapies douces et non médicamenteuses. Depuis, aucune autre étude de cette envergure n'a été déployée. Malgré l'ancienneté de cette étude, la situation a peu évolué. En 2020, avec la situation de crise sanitaire qu'a engendré la Covid19, la DREES informe que la prise en charge de la douleur chronique est en recul.

C'est pourquoi nous allons tenter d'en comprendre les freins, en investiguant ce qui est recommandé par les pouvoirs publics et ce qui est véhiculé dans les discours politiques concernant spécifiquement la prise en charge de la douleur chronique.

2. Recommandations ministérielles et applications pratiques

Pour comprendre les obstacles dans la prise en charge, repartons de la perspective d'autonomie, qui, comme nous l'avons montré, est problématique pour le sujet du désir, inéluctablement assujettit à la loi de l'Autre. Le discours social tend ainsi à faire du sujet, un sujet de la jouissance, non soumis à la castration. En ce sens, l'absence de castration ne permettrait pas de négocier avec la frustration. Alors, nous pouvons nous demander comment un sujet en difficulté face aux limites symboliques peut-il intégrer, par exemple, la notion de droit à la santé autrement que comme un dû. De plus, pour tenter de soulager efficacement la douleur, les recommandations des experts évoquent la nécessité de favoriser spécifiquement une approche globale du patient, celle que vise l'approche bio-psycho-sociale, faisant partie des recommandations du HCSP. Bien que l'ensemble de ces recommandations sont d'une pertinence incontestable, leur application pratique poserait problème. C'est alors l'ambivalence des discours qui empêcherait le déploiement, sur le terrain, les recommandations préconisées.

2.1. Soulager la douleur : un droit pour tous

En France, l'intérêt pour la douleur arrive dans le paysage social dans les années 1970 contrairement aux Etats-Unis où des cliniques de la douleur sont déjà parfaitement implantées depuis 1953. Avec un congrès à Seattle en 1973, suivi de la création, en 1974, de l'IASP et enfin de la revue *The Pain* l'année suivante, le modèle américain fait figure de référence (Baszanger, 1995). Comme le souligne Boukerche-Delmotte (2019, p.29) : « c'est à partir de ce qu'a initié J. Bonica aux Etats-Unis que les premières consultations de la douleur sont apparues en France fin des années 80 », avec à l'appui, une véritable politique de prise en charge. Selon la psychologue, la préoccupation pour les douleurs chroniques est appuyée par une volonté politique et sanitaire devenue véritablement un enjeu de santé publique surtout à partir de 1998, en témoigne le premier plan national d'action contre la douleur.

Plusieurs hypothèses peuvent être avancées sur cet intérêt tardif, notamment la préoccupation prioritaire pour les maladies graves et mortelles (Israël, 2005), telles que le cancer depuis quelques décennies ou le sida dans les années 80-90, entre autres, comparativement aux douleurs qui n'engagent pas le pronostic vital. Mais cela peut aussi être éclairé par sa nature polymorphe qui la rend très complexe (Spitz, 2002). Selon Besson (1992), les modifications des représentations de la douleur, non plus réduite à un symptôme, mais considérée comme une douleur-maladie (Leriche, 1936 ; Bourreau, 1986), ont contribué à renforcer l'intérêt des médecins, du moins pour un temps.

La loi du code de la santé publique du 4 mars 2002 stipule que : « Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée » (Article L.1110-5, alinéa 4). Le droit est entendu comme l'accès à un système de protection de santé, sans discrimination, avec la possibilité de disposer d'un état de santé optimal (OMS, 2017).

Trois problématiques majeures sont soulevées dans ce texte juridique.

1/ Premièrement, ce texte mobilise la question du droit. Le soulagement de la douleur est devenu un droit fondamental du patient. Israël (2005) interroge ce droit à la guérison qu'il qualifie *de mythique*. Cordier (2010) soulève l'aspect réducteur que recouvre ce texte de loi. Mais plus que le droit à la guérison, ce qui semble problématique avec la douleur chronique est que le droit implique dans sa dialectique un devoir. Si le droit est du côté du patient alors le devoir est du côté du professionnel de santé. Ils sont pourtant confrontés quotidiennement aux difficultés que pose la douleur chronique en termes de prise en charge, de soulagement et de traitement.

Comment prend place cette dialectique droit/devoir lorsque la prise en charge est inefficace ? Quels effets peuvent-ils avoir –sur le patient, qui ne constate que peu voire aucun soulagement de sa douleur, et sur le médecin, qui doit faire face à la plainte récurrente de son patient ?

De façon plus large, quelles seraient les effets psychiques du fantasme de la guérison considérée comme un droit ?

Pour comprendre ce phénomène, il faut repartir de la mise en évidence du défaut de la castration dans les discours de santé publique, tel qu'il se manifeste avec le slogan de l'OMS (1991), *la santé pour tous d'ici l'an 2000* ou encore dans l'idée de *l'homme augmenté* tel que Le Breton (1992) en parle. En effet, il explique qu'avec les avancées considérables de la chirurgie, il est désormais possible de le transformer à souhait voire de surpasser sa condition biologique.

L'écueil dans le slogan de l'OMS est qu'il promulgue un idéal d'autonomie (Gori et Del Volgo (2005). Cet idéal sanitaire a modifié la représentation de la santé qui est devenue une valeur normative, s'opposant ainsi à la maladie, perçue comme une faiblesse de l'homme. Il participerait à véhiculer dans la pensée collective un fantasme de santé optimale, accessible à tous (Illich, 1999 ; Spiess, Chevalerias & Razon, 2010 ; Boukerche-Delmotte, 2019), sauf que ces idéaux sont devenus des impératifs, qui font fi de la castration. La dérive du libéralisme aurait ainsi trouvé son apogée dans l'idée d'un moi sans contraintes (Bell, 1976 ; Ehrenberg, 2010) que Lesourd (2008) identifie du côté de la confusion entre les différentes modalités du manque. Le sujet ne serait plus soumis à la castration. Ses désirs ne seraient, non seulement plus limités, mais s'ils ne sont pas réalisés, ils seraient vécus comme une frustration intolérable (manque imaginaire d'un objet réel). Plus encore, la frustration serait rabattue du côté de la privation, qui est un manque vécu comme réel, d'un objet symbolique. En se sentant privé, le sujet ne peut pas renoncer à obtenir une réparation d'un dommage qu'il vit comme réel, alors qu'il devrait s'opérer sur le plan symbolique. De nombreux facteurs responsables de la maladie (pour l'opposer à la santé) ou de la douleur échappent au sujet aussi bien qu'à la médecine préventive.

Comment un sujet peut-il négocier avec des douleurs, pour lesquelles le savoir échappe constamment ? Dans cette confusion du manque, vit-il l'absence de soulagement/guérison, comme un dam réel voire comme une privation ?

Les jouissances individuelles mettent le sujet au cœur du discours. Cette centration narcissique et la dissipation des limites mettent au-devant de la scène sociale des interrogations du côté de l'expression des souffrances. Un nouveau sujet de la jouissance, sans limites, semble avoir émergé, et avec lui, de grandes difficultés à négocier avec la frustration.

2/ Deuxièmement, le texte juridique soulève la question du soin. Gori et Del Volgo (2005, p.138) pensent que « le droit à la santé recèle en lui-même un espoir totalitaire puisqu'une société ne peut accorder que des droits aux soins ». Dans les plans de lutte contre la douleur, le droit au soin est même devenu une interrogation des pouvoirs publics. Le plan national de 2010, le dernier à ce jour, propose l'amélioration du parcours de soin, de la prise en charge, de la formation des professionnels de santé et une optimisation des traitements thérapeutiques globaux (AFVD, 2016).

Se sont-ils ravisés dans le choix des termes utilisés, évoquant le droit à la guérison plutôt que l'accès au soin et constatant les échecs successifs des traitements contre la douleur ?

C'est d'ailleurs ce qui signe l'échec du 4ème Plan National Douleur, pour la période 2013-2017, proposé le 12.07.2013 par la DGOS à la Conférence Nationale de Santé (Avis du 17.09.13 sur le projet de programme national douleur 2013-2017), recommandé en 2011 par le HCSP. Il a été rejeté, notamment, pour le caractère restrictif du soin : « parler de "soins" est réduire le problème de la prise en charge de la douleur, en particulier chronique, et privilégier les soins (le "biologique") au détriment des aspects psycho-sociaux » (CNS, 2013).

3/ Un autre point pour lequel il a été retoqué concerne l'absence de proposition quant à une approche autre que médicamenteuse (CNS, 2013). Le tout-médicament n'est plus une réponse admissible pour la prise en charge des douleurs, dénonce le Conseil.

En 2011, une instruction de la DGOS, regroupant les nouvelles directives à adopter, adressée au Ministère de la Santé, rappelait la nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire, dans une approche bio-psycho-sociale et insistait sur la nécessité d'une première évaluation rassemblant plusieurs professionnels, simultanément ou non, en préconisant la possibilité d'avoir recours à plusieurs consultations si nécessaires, avant de poser un diagnostic. Par conséquent, l'absence de réflexion sur l'accès financier à d'autres types de prises en charge est un point aveugle, que le CNS refuse de cautionner. Le constat général repose sur une inadéquation entre les attentes et les moyens envisagés pour que ce plan national de lutte contre la douleur ait un véritable intérêt à être déployé. Malgré les recommandations du HCSP, le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé n'a jamais statué sur la mise en place d'un 4ème plan national, laissant les questionnements en suspens.

En 2020, lors d'un communiqué de presse, la SFETD indique sa volonté de remettre la douleur dans le champ des priorités sanitaires. Les membres de cette organisation, ainsi que douze supplémentaires, notamment l'AFVD, Pédiadol ou encore Fibromyalgie France, se sont saisies des problématiques douloureuses liées aux répercussions de la COVID-19, pour relancer le débat. Nous recensons, ci-dessous, les grands axes proposés pour établir un programme d'actions réalistes, comme évoqué par Pr. F. Aubrun, Président de la SFETD, dont l'application n'est pas encore à l'ordre du jour.

- 1) L'amélioration de la reconnaissance sociétale de la douleur, notamment par la mise en place d'un véritable plan national de lutte contre la douleur, de campagnes d'informations ou en faisant de la lutte contre la douleur une « Grande Cause nationale ».
- 2) Le renforcement de la formation des professionnels de santé et des patients, via par exemple la mise en œuvre ou le soutien à la formation de « patients experts » en douleur chronique ou la création d'un Diplôme d'Etudes Spécialisées en Médecine de la Douleur.
- 3) La pérennisation des Structures Douleur Chronique (SDC), pivot dans la prise en charge des patients douloureux sur le territoire.
- 4) L'optimisation du parcours de soins du patient douloureux.
- 5) L'amélioration de la prise en charge des publics vulnérables à travers une évaluation et une prise en charge systématique de la douleur chez ces publics.

2.2. Prise en charge de la douleur chronique : discours et « bonne » pratique

Actuellement, l'approche conventionnelle dans la prise en charge et le traitement de la douleur demeure celle du « tout-médicament » que Lévêque (2022), neurochirurgien et spécialiste de la douleur à Marseille, dénonce dans son ouvrage *Libérons-nous de la douleur*. Boukerche-Delmotte (2019) signale également que la prévalence de l'approche allopathique en Centre de la douleur est regrettable, spécifiquement dans les cas de résistance thérapeutique. Cette approche médicamenteuse se base sur le repérage de la nature de la douleur sur le plan physiologique et la classification médicale qui en découle, pour proposer dans la plupart des cas un antalgique ou un antidépresseur.

La loi HPST (2009) est consacrée à « l'éducation thérapeutique du patient » (ETP) - Article 84- dont Eymard soulève les avancées : « elle est pour la première fois reconnue comme thérapeutique à part entière avec son cadre, ses finalités et ses modes de financement dans une loi de santé publique » (Eymard, 2010, p.40). L'auteur entrevoit une volonté politique forte en matière de santé publique. L'ouvrage dont est extrait cette citation est d'ailleurs référencé sur le site <https://www.santepubliquefrance.fr>. Ceci témoigne de l'enjeu politique et sanitaire en question.

D'après la HAS (2014), l'éducation thérapeutique au patient (ETP) est spécifiquement recommandée pour les patients atteints de maladie chronique, afin qu'ils apprennent à vivre avec la maladie. L'ETP consiste à développer les compétences du patient, en analysant ses besoins et sa motivation, ainsi que sa réceptivité à cette proposition éducative. Elle figure comme la solution à adopter, comme le sous-entend cet argument, consigné dans les documents officiels de la HAS : l'ETP « participe à l'amélioration de la santé du patient (biologique, clinique) et à l'amélioration de sa qualité de vie et à celle de ses proches » (HAS, 2007, p.1). Néanmoins, la lourdeur administrative rend son déploiement sur le terrain quasiment impossible, et l'aspect infantilisant du programme et les critères d'inclusion pourraient mobiliser une représentation du patient type, ayant accès à ce programme. Eymard explique très justement que pour rendre possible cette éducation du patient, il faut être conscient qu'elle « engage des réaménagements psychologiques et identitaires » (Eymard, p.40).

L'éducation du patient renvoie *in fine* à le rendre plus compliant, plus assidu, à prendre son traitement et donc à favoriser son adhésion thérapeutique. Ces notions bien que proches sont à considérer dans les représentations qu'elles suscitent. On parle désormais d'observance dans l'adhésion du patient à son traitement. De l'anglais *compliance* emprunté au vocabulaire religieux, l'observance thérapeutique renvoie à une notion d'obéissance. L'observance est définie comme « le comportement d'un patient qui suit le traitement qui lui a été prescrit et tient compte des recommandations médicales » (Fischer et Tarquinio, 2014, p.168).

Selon ces mêmes auteurs, la non observance thérapeutique concerne « un tiers des patients en moyenne toutes pathologies confondues » (Fischer et Tarquinio, p.165) et Lamouroux, Magnan et Vervloet (2005) font état de 80% de patients atteints de maladies chroniques dans ce cas. Les facteurs de non observance thérapeutique sont multicausals bien que Fischer et Tarquinio (2014) pointent le manque de soutien social, des difficultés dans la compréhension des soins et la qualité de l'interaction entre le médecin et son patient. Cette dernière et non des moindres « implique pour le patient de trouver à minima des éléments de type psychoaffectif qui vont le sécuriser et le rassurer » (Fischer & Tarquinio, p.184). C'est pourquoi ils proposent d'étudier l'observance à l'intérieur du cadre thérapeutique en lui-même, au sein duquel l'autorité du médecin aurait une valeur normative et collective. Cette autorité « naturelle » dévolue au médecin explique le respect et l'obéissance du patient. Pour les auteurs, il est réducteur de penser la non-observance comme un comportement néfaste, mais qu'elle est « le signifiant d'un ensemble de conflits psychosociaux et psychologiques non résolus et pour lesquels il faut accompagner et prendre en charge le patient » (Fischer & Tarquinio, p.186).

Valot et Lalau (2020) définissent l'alliance thérapeutique comme une relation de confiance vivante. En ce sens, ils alertent sur cette croyance qui consiste à penser qu'en éduquant le patient, cela augmenterait l'efficacité thérapeutique. Contrairement aux recommandations qui visent directement le travail avec le patient, dans une relation asymétrique (celui qui éduque et celui qui est éduqué), les auteurs proposent plutôt de travailler sur l'alliance thérapeutique. Pour eux, cette question est principalement liée à la dimension psychique du patient. En effet, bien que favoriser l'alliance thérapeutique nous semble primordial, cela nous apparaît bien plus complexe. Avoir l'impression que le patient est réceptif et enclin à la proposition, c'est omettre qu'il peut être en position de séduction, de soumission, par rapport à la figure d'autorité que représente le médecin. Afin de garantir une relation de confiance et de permettre l'instauration d'une alliance thérapeutique, Bontoux, Autret, Jaurya, Laurent, Levi et Olié (2021) misent donc sur la qualité de la relation médecin-malade en elle-même. Cette idée n'est pas nouvelle. Israël (1968) soulevait déjà cette nécessité de considérer à sa juste valeur thérapeutique, les effets de la relation entre le médecin et son patient.

« Les principaux facteurs de la RMM (relation médecin-malade) sont, de la part du médecin, l'écoute, l'empathie, le respect, la clarté et la sincérité des explications » (Bontoux & al., 2021, p.858). Des qualités intrinsèques que sont l'écoute, l'empathie et le respect sont évoquées. Elles nous paraissent indépendantes de la fonction médicale, contrairement aux autres compétences qu'ils repèrent comme : réaliser un examen approfondi du patient, fournir des explications et des informations claires, et garantir une continuité des soins. Ces compétences liées à la fonction peuvent s'enseigner, bien que les qualités soient plus complexes à transmettre.

L'éducation thérapeutique n'est pas l'apanage du médecin. Les psychologues sont largement sollicités dans la gestion de la douleur et de la dépression souvent diagnostiquée chez les patients douloureux chroniques (Baszanger, 1995). Berquin (2013) constate ainsi que les prises en charge psychothérapeutiques et paramédicales sont devenues des stratégies éducatives, orientées vers des objectifs de réhabilitations comportementales et cognitives qui reposent sur l'acceptation et l'apprentissage à vivre avec la douleur chronique. Nous ne remettons pas en cause la nécessité de la pédagogie et de l'information au patient, mais le principal écueil que nous soulevons est que de focaliser la prise en charge psychothérapeutique sur le comportement pourrait provoquer des dérives. Pour Gori et Del Volgo (2005), ces dérives concernent essentiellement les représentations que l'on peut développer à propos de la responsabilité imputable au patient lui-même, en tant qu'il est incapable d'adopter le bon comportement pour gérer sa douleur, et qu'il serait responsable de sa douleur. « L'idéologie de santé promeut une idéologie comportementale de la maladie imputable à l'inconduite des populations » (Gori & Del Volgo, p.44). Lamouroux, Magnan et Vervloet (2005) précisent également de ne pas réduire l'observance thérapeutique à l'existence de « bons » et de « mauvais » patients. Cela est sans compter sur la manière dont le patient intègre sa nouvelle condition de vie. A cet égard, Marin (2010, p.132) soulève avec justesse que « la maladie se constitue comme extériorité interne, comme étrangeté intime ». En ce sens, il est moins question de responsabilité consciente que de questionner un rejet inconscient.

C'est ce que montre aussi l'émergence de nouveaux paradigmes au sein de la psychologie, comme la psychologie de la santé, qui développe des modèles comportementaux, reposant sur des stratégies de gestion consciente de la douleur. Cette vision s'explique par la transformation progressive de la prise en charge de la douleur comme l'a exposé Baszanger (1995), mais également par des recherches en psychologie cognitive. Les résultats indiquent par exemple, que la peur de la douleur (Vlaeyen et Linton, 2012) et l'anticipation négative de l'expérience douloureuse (Laurent & Peyron, 2002 ; Apkarian & al., 2005 ; Young Casey & al., 2008) favorisent le maintien et l'aggravation de la douleur chronique. L'empathie participerait aussi à la survenue ou la persistance du message douloureux (Laurent, 2013). Pour Gracely et al. (2004), c'est la représentation de la douleur, en tant qu'expérience catastrophique qui jouerait un rôle sur la focalisation de l'attention sur la douleur, provoquant une amplification de celle-ci. L'hypothèse de l'hypervigilance dans la fibromyalgie est corrélée à une conscience interne du corps plus développée (Borg et al., 2015).

Le psychologue est également sollicité, lorsque la médecine ne trouve pas d'explication plausible à la persistance de la douleur. C'est plus particulièrement le champ de la psychosomatique qui est convoqué à cet endroit. Sauf qu'en psychosomatique il est moins question de causalité linéaire que de causalité circulaire (Allaz, 2004 ; Dumet & Ferrant, 2009). L'acception actuelle du terme « psychosomatique », dans les discours, porte à son apogée toutes les confusions (Keller, 2010). Dans la parole des médecins, le terme véhicule le fantasme d'un facteur psychique à l'origine du mal (causalité linéaire), d'autant plus, si les investigations médicales ne permettent pas d'éclairer l'étiologie de la pathologie. Encore faut-il que cette origine psychique soit considérée à sa juste valeur et replacée dans le contexte historique et subjectif du patient. Or, le fantasme relève plus d'une représentation stéréotypique : le patient serait responsable de sa condition et qu'il créerait imaginativement sa douleur. La psychosomatique semble être une notion refuge vers laquelle on se tourne, lorsque les explications et les réponses médicales semblent insuffisantes (Keller, p.30).

2.3. Prise en charge de la douleur chronique en Centre de la Douleur

Baszanger (1995) décrit de quelle manière les modèles de prise en charge dans les cliniques de la douleur en France se sont massivement inspirées de la *théorie de la porte* (Bonica, 1953), considérée comme « pierre angulaire du changement de représentation de la douleur » (Baszanger, p.195). C'est la reconnaissance du caractère multidimensionnel de la douleur, qui est au fondement de la pluridisciplinarité et de la complémentarité des prises en charge thérapeutiques, proposées actuellement aux patients douloureux chroniques. Pour comprendre ces deux approches, il faut revenir sur les fondements de la *théorie de la porte*. Cette théorie postule l'existence de deux voies pouvant moduler le message douloureux : la voie organo-physiologique (nerfs, moelle épinière, régions cérébrales comme le thalamus ou l'insula, protéines, synapses, etc), référée à la médecine scientifique, et la voie des processus mentaux, ne trouvant pas d'uniformité théorique et pratique (psychiatrie, psychologie, neurologie). Ce manque de cohésion aurait ouvert la voie à deux modèles théorico-cliniques avec leur cadre et leur spécificité (Baszanger, 1995), l'un qualifié de « guérison-technique », l'autre de « guérison-gestion ».

Dans le premier modèle, les pratiques thérapeutiques sont essentiellement basées sur l'approche issue des pratiques aux gestes très techniques de type bloc anesthésique et d'autres gestes plus invasifs de type chirurgicaux. Le second modèle se focalise essentiellement sur la gestion de la douleur. Cette nouvelle perspective de travail s'est opérée suite au constat d'un vide entre les pratiques thérapeutiques médicales et psychiatriques. L'objectif est d'accompagner les patients à mieux vivre avec leurs douleurs et les motiver à prendre une part active dans cette démarche.

Actuellement, le champ de la médecine somatique s'inspire de modèles intégratifs pour comprendre l'implication des facteurs environnementaux dans les modifications physiologiques, et proposer une prise en charge plus adaptée aux douleurs chroniques, suivant les recommandations gouvernementales sanitaires. Ces modèles semblent venir en réponse aux deux voies, décrites par Baszanger, ayant provoqué un clivage dans la prise en charge. Ces modèles recouvrent plusieurs paradigmes :

L'épigénétique montre que l'expression des ARNs est modulée par des facteurs environnementaux (Pereira, Ferrier, Balayssac, Libert & Busserolles, 2013) ; la psychophysiologie met en évidence des variations physiologiques interindividuelles issues de facteurs personnels (Monday, 1988) et la psychoneuroimmunologie (Ader & Cohen, 1981) étudie les interactions entre le comportement, la fonction neurale et endocrinienne, et les processus immunitaires, en supposant l'incidence des facteurs de stress environnementaux.

Un autre modèle s'inscrit dans la même veine : la neuropsychanalyse. Ses fondements théoriques prennent forme, au sein des hospices de l'Institut de psychanalyse de New York, grâce à des psychanalystes comme Fonagy, Green, Widlöcher, et, en neurosciences, avec Damasio, Kandel, ou Sacks. Il semble être la continuité de *l'Esquisse d'une psychologie scientifique* de Freud (Stora, 2006). Ces modèles s'étaient plus largement sur le phénomène de la plasticité cérébrale du système nerveux qu'Ansermet (2014, s.d.) décrit comme « le fait que l'expérience laisse une trace dans le réseau neuronal ». Cette plasticité cérébrale montre que l'environnement (l'acquis) tient une place tout aussi déterminante que l'innée (la génétique, le biologique). Le modèle *intégratif* (Reynaud, 1989) repose sur le modèle biopsychosocial. C'est à Engel (1977) que nous devons la paternité de l'approche biopsychosociale. Ses convictions l'ont amené à défendre et à transmettre une approche du patient qui tient compte autant de sa maladie que de son histoire. Il propose ainsi un modèle fondé sur un « triple paradigme » : biologique, psychologique et social, envisageant l'humain « comme un être social en interaction constante avec son entourage » (Grand dictionnaire de la psychologie, 2011).

Cette approche est devenue un modèle de référence pour étudier les douleurs chroniques (Di Tella & Lorys Castelli, 2016) et un outil de travail clinique avec le patient, formalisé par des programmes de réhabilitation (Svanberg & al., 2017). Berquin (2010, p.1513) rend vigilant sur l'aspect dualiste du modèle « dans la mesure où il ne fait souvent que juxtaposer – et non réellement intégrer – paramètres biologiques, psychologiques et sociaux », même si elle reconnaît qu'il est le modèle le plus abouti et cohérent à ce jour, tant sur le plan théorique, car il apporte des « hypothèses explicatives de la santé et de la maladie » (Berquin, p.1512) que clinique, car il est un outil de travail pertinent et applicable dans la pratique.

III. REVUE DE LA LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE EN PSYCHOLOGIE

Au-delà de l'aspect purement physiologique, la résistance peut aussi s'entendre par la méconnaissance du rôle des facteurs psychologiques dans leur pathologie (Luyten & Fonagy, 2016). En ce sens, la réalisation d'une revue de la littérature scientifique dans le domaine de la psychologie est nécessaire pour éclairer ces facteurs et leurs implications dans la douleur et sa résistance au niveau psychique. L'objectif de cet état de l'art est de favoriser le frayage conceptuel théorique au regard des données issues des recherches sur le sujet. Cette étape constitue un pan important de notre thèse. Elle permet de mieux cerner le sujet, de comprendre où en est la recherche et de réfléchir à l'angle d'approche que nous souhaitons prendre, afin d'apporter un éclairage différent, une autre compréhension, sur cette question des douleurs chroniques. Cette revue constitue ainsi une étape à l'élaboration de notre thèse en vue du cadrage théorique.

Notre recherche documentaire est réalisée à partir de bases de données reconnues (APA PsycArticles, PsycInfo, Cairn, Pubmed). Nous avons fait le choix de parcourir la littérature internationale et nationale contemporaine et de cibler des articles sur la douleur chronique dans sa globalité pour en comprendre les contours (mots-clefs : « douleur chronique » et « chronic pain »). Ensuite, nous avons investigué ce qu'il en est de la fibromyalgie, en tant que pathologie entièrement centralisée autour de la symptomatologie douloureuse. Faire le choix de la fibromyalgie procède d'une démarche méthodologique. Se focaliser sur une pathologie spécifique réduit les variables au niveau de l'analyse. Les douleurs dans la fibromyalgie envahissent tout le corps. Elles sont accompagnées d'un épuisement généralisé. Elles sont également associées au côlon irritable (Salvat, 2021).

La littérature scientifique contemporaine et internationale en psychologie révèle plusieurs facteurs de vulnérabilité, qui sont corrélés dans l'apparition et le maintien des douleurs chroniques, dont la qualité du lien d'attachement mère-enfant, les effets du stress ou encore les traumatismes infantiles. Nous avons retenu ces études, parce qu'elles questionnent les effets d'un environnement nuisible ou dysfonctionnel dans l'enfance et ciblent plus spécifiquement le lien mère-enfant, qui intéresse davantage notre propos. Par ailleurs, nous nous sommes orientée vers des études abordant la problématique de la résistance dans la prise en charge, même si elle est peu représentative des études sur la douleur chronique.

1. Système d'attachement et douleur chronique

« Les recherches sur l'humain et l'animal ont amplement démontré le rôle clef qu'un attachement sécurisé peut jouer dans le développement et la régulation du stress » (Luyten & Fonagy, 2016, p.132). Selon Gunnar et Quevedo (2007), le système d'attachement contribue autant à réguler les réponses subjectives au stress, que les réponses neurobiologiques au stress. Par conséquent, la réponse au stress d'un sujet est dépendante de son système d'attachement. La qualité du système d'attachement découle du lien d'attachement mère-enfant (Mistycki & Guedeney, 2007). L'attachement est un système motivationnel, qui indique que le bébé, de façon innée, montre des comportements d'attachement. Ils lui permettent de garantir sa sécurité en cas de menace ou de détresse. La figure d'attachement est une base de sécurité (Guedeney, 2011, p.130). L'enfant et l'adulte à venir en garde une trace sous forme d'objet interne psychique auquel il pourra avoir recours en cas de menace réelle ou supposée. Sa figure d'attachement principale est liée à la personne qui répond le plus souvent à ses besoins, généralement sa figure maternelle.

D'après Vachon-Preseu (2014), pour répondre aux facteurs de stress, l'organisme libère plusieurs formes de molécules : des neurotransmetteurs (noradrénaline, dopamine, sérotonine), des peptides (vasopressine) ou encore des hormones, comme le cortisol. L'étude menée en 2013 suggère une corrélation positive entre un haut niveau de cortisol et la douleur chronique, comparativement à des sujets sans douleurs (Vachon-Preseu et al., 2013). D'une part, une réponse inadaptée au stress peut provoquer des modifications neurophysiologiques durables. D'autre part, « une douleur persistante induit une réorganisation fonctionnelle des réseaux cérébraux » (Vachon-Preseu, p.43-44). Cela suppose qu'un environnement nuisible, d'autant plus si celui-ci est présent précocement, peut être responsable d'un stress pathologique, mais également d'une réorganisation des mécanismes cérébraux, dans la matrice de la douleur, à l'origine des douleurs chroniques nociplastiques.

Les études de Aberklom, Perrin, Fischer et McCracken (2017) et Siqveland, Hussain, Lindstrom, Ruud and Hauff (2017) montrent que les individus présentant un Syndrome de Stress Post-Traumatique (SSPT) ont des douleurs plus sévères que ceux qui ne présentent pas de symptôme de SSPT. L'étude de Frenkel, Swartz, Bantjes (2017) rapportent de la revue de la littérature, une haute comorbidité entre le Syndrome de Stress Post Traumatique et la douleur chronique. Ils supposent également une corrélation entre un Stress Traumatique Continu (CTS), provenant de mauvaises conditions sanitaires et sociales permanentes, et la douleur chronique.

La méta-analyse de Siqveland et al. (2017) s'intéresse à évaluer la prévalence du SSPT dans la douleur chronique et à déterminer les variations de la douleur en fonction de leur localisation. Les critères de recherche sur les douleurs regroupent : la douleur chronique, la migraine, le mal de tête quotidien, la fibromyalgie, la douleur généralisée, la douleur musculosquelettique, la douleur rhumatismale, la douleur chronique dorsale et la douleur chronique spinale. Ils ont été combinés aux critères sur le stress qui regroupent les termes suivants : troubles liés au stress, post-traumatique et SSPT. Parmi les 219 études recensées, seules 21 ont été retenues. Dans ces dernières, la prévalence du SSPT se retrouve chez 20,5% (n=2189) parmi les 6 études impliquant des douleurs chroniques généralisées. En prenant en compte la prévalence du genre, les femmes sont plus souvent touchées par le SSPT dans les divers critères de douleurs. La fibromyalgie est particulièrement saillante à ce propos. Parmi les 2041 individus fibromyalgiques, 88,3% sont des femmes et quasiment 30% d'entre elles présentent un SSPT, selon les critères d'évaluations exigées par l'étude (DSM IV). Buscemi et al. (2017) ont également mené une méta-analyse de la littérature scientifique, afin de mettre en perspective le rôle étiologique du stress sur l'issue de la douleur, plus spécifiquement sur les troubles musculosquelettiques. Les études retenues sont longitudinales et utilisent des échelles d'évaluation sur le stress psychosocial, hors stress au travail, et excluant les études sur le SSPT. Comme attendu, le stress psychosocial est un facteur de développement des troubles musculosquelettiques.

Les troubles fonctionnels sont justement en lien avec une dérégulation de la boucle du stress (Luyten & Fonagy, 2016). Sont considérés comme troubles fonctionnels : la fatigue chronique, la fibromyalgie, le syndrome du côlon irritable, les douleurs chroniques pelviennes, entre autres. Ce type de douleurs est actuellement considéré comme des douleurs chroniques nociplastiques (IASP, 2017). Les stratégies de réponses au stress dépendraient ainsi du lien d'attachement singulier construit dans l'enfance, de l'histoire personnelle du sujet. L'importance du lien d'attachement dans la régulation du stress est mise en évidence par l'implication et la libération de l'ocytocine, l'hormone de l'attachement, au niveau neurobiologique. Néanmoins, il arrive que la régulation de la réponse au stress échoue. Cela s'explique par une mobilisation accrue de stratégies d'attachement secondaires, mobilisées lorsque la régulation usuelle échoue. « Ces stratégies impliquent une hyperactivation ou une désactivation du système d'attachement (ou une combinaison des deux) dans la réponse au stress » (Luyten & Fonagy, p.131). Le sujet désactiverait son système d'attachement, lorsqu'il ne lui permet pas de faire face au stress, autrement que par des stratégies comportementales si coûteuses, qu'elles conduisent à des décompensations somatiques. Cette désactivation est à l'origine d'un fonctionnement psychique relativement rigide. Les patients dénie leur besoin de recourir à un leur système d'attachement, afin d'affirmer leur autonomie et leur force mentale. Alors qu'ils apparaissent comme des personnes indépendantes, faisant preuve de résilience, en fait, ces comportements masquent leur vulnérabilité. Les patients, ayant recours à la désactivation de leur système d'attachement, sont souvent perfectionnistes, hyperactifs et présentent un comportement en « tout ou rien ». Par conséquent, dans les troubles fonctionnels ou actuellement considérés comme douleurs chroniques nociplastiques, les sujets ne feraient pas appel à un système d'attachement défaillant, il le désactiverait pour se retrouver sans ressources symboliques. L'objet interne symbolique, auquel ils sont censés recourir, est annihilé. Emerge alors un comportement rigide, hyperactif et perfectionniste. Cela peut également contribuer à renforcer la plainte somatique et mener à une rupture épistémique.

Le modèle ADMoCP de Meredith, Ownsworth & Strong (2008) est un modèle heuristique et intégratif sur l'attachement et la douleur chronique. Il est élaboré à partir d'une revue exhaustive de la littérature, dans l'objectif d'intégrer la diversité des facteurs psychosociaux présents dans la douleur chronique, d'explorer les liens entre les différentes variables interrogées, et d'établir une base prédictive de facteurs pouvant mener au développement de la douleur chronique. Un attachement insécurisé représente une prédisposition (diathèse) à développer une douleur chronique. Par ailleurs, le modèle expose que l'attachement est un facteur prédictif du développement de variables psychosociales. Ces dernières augmentent le risque de développer et de maintenir la douleur chronique et peuvent empêcher la modération de l'intensité et de l'invalidité de la douleur (Meredith, Ownsworth & Strong, p.423). D'après Romeo, Tesio, Castelnuovo & Castelli (2017), ce modèle intégratif souligne la relation et l'influence réciproque entre la douleur et le style d'attachement et montre qu'un attachement insécurisé est une prédisposition au développement de douleurs chroniques.

Failo, Giannotti et Venuti (2019) ont réalisé une revue, sur PubMed, de l'association entre le style de l'attachement et les différentes expériences de douleur de la petite enfance à l'adolescence dans une perspective développementale. Il en ressort que les enfants qui font l'expérience de la douleur aiguë, récurrente ou chronique présentent un attachement à risque, des niveaux de sécurité inférieurs et un plus haut niveau de traumatismes irrésolus, que le groupe contrôle en bonne santé. Les études chez les tout-petits indiquent que le système d'attachement est déclenché par un stimulus douloureux. Avec l'âge, les études concernent plus les douleurs chroniques que les douleurs aiguës, notamment les migraines. Parmi les facteurs significatifs pouvant contribuer au maintien de la douleur chronique, un attachement insécurisé semble jouer un rôle important, de façon à intensifier l'expérience douloureuse ou empêcher une réhabilitation efficace (Failo, Giannotti et Venuti, p.8).

L'étude de Mc Williams & Bailey (2010) indique également que certaines pathologies chroniques, comme les céphalées, l'arthrose et les douleurs cervico-dorsales, sont positivement corrélées avec un type d'attachement ambivalent ou évitant.

Un environnement affectif instable, nuisible voire traumatique, est un facteur de vulnérabilité, retrouvé dans les phénomènes douloureux chroniques. Ces interactions entre environnement et modifications physiologiques sont liées et s'influencent mutuellement (Albertelli & LeMaître, 2017, p.359) et s'expliquent, d'après Lechevalier (2010, p.1704), par le phénomène de plasticité cérébrale, qui contribue au maintien du lien somato-psychique. La configuration des connexions cérébrales est en constante transformation par les expériences laissant des traces dans le réseau neuronal (Ansermet, 2014). Ce sont ces découvertes qui ont permis l'émergence des modèles intégratifs, fondés sur l'approche biopsychosociale (Engel, 1977), dont le triple paradigme biologique, psychologique et social, permet d'envisager l'humain comme un être social en interaction constante avec son entourage. La prise en considération de la qualité de l'environnement dans le développement cérébral et dans la régulation du système hormonal montre comment le vécu émotionnel des événements s'inscrit et affecte le sujet au-delà de la dimension purement physiologique. Ceci est d'autant plus important que les études montrent à la fois une incidence de certains traumatismes dans les spécificités du développement physiologique et les répercussions de ces mêmes phénomènes au niveau des activations cérébrales et des réponses physiologiques mobilisées dans les cas de douleur chronique.

La qualité du lien d'attachement à la mère apparaît ainsi au cœur de la problématique douloureuse chronique. Le lien mère-enfant étant au fondement de la constitution d'un objet interne, la qualité du système d'attachement est déterminante dans la gestion ultérieure des situations de stress, de régulation émotionnelle et de gestion de la douleur. Elle est majoritairement interrogée du côté de la théorie de l'attachement (Bowlby, 1969), bien que la théorie psychanalytique puisse éclairer la relation d'objet. En dehors de son utilisation dans la recherche, la théorie contemporaine de l'attachement est également un outil clinique de la pratique psychologique, en témoignent les nombreux travaux de Fonagy. Elle est employée comme méthode de mise en place d'une relation intersubjective patient-professionnel plus efficace.

2. Alliance et résistance thérapeutique dans la douleur chronique

Comme nous l'avons mentionné, l'éducation et l'observance, thérapeutiques, sont des notions actuellement très largement employées dans les discours. Elles sont envisagées comme réponse et solution à des comportements jugés responsable de l'inefficacité thérapeutique, reposant sur la dimension consciente du sujet. Or, nous supposons que des enjeux bien plus profonds et inconscients vont favoriser ou empêcher la bonne réception des informations médicales, notamment dans le cas des douleurs chroniques. Ce n'est pas parce que le patient suit son traitement ou qu'il dit le suivre, qu'il est intimement impliqué dans sa prise en charge. Pour comprendre cela, nous nous interrogeons sur le caractère résistant aux traitements qu'elles soulèvent. Qu'entendons-nous par résistance ?

Bonica (1953), en son temps, décide de départager les douleurs chroniques qui décroissent après un traitement thérapeutique bien conduit de celles qui persistent. Cette distinction est toujours d'actualité et d'une grande pertinence en psychologie, car des douleurs persistantes supposent qu'elles aient une fonction pour le sujet de l'inconscient. Comme le soutient Bioy (2020), une douleur qualifiée par le corps médical de « rebelle » est une douleur qui ne répond pas au traitement thérapeutique. Cela veut dire qu'il y a une inadéquation entre la nature de la douleur et le type de molécule utilisé. La résistance thérapeutique est entendue comme la résistance de la douleur au traitement. Pourtant, la résistance semble dépasser cette simple inadéquation physiologique. Dans la littérature scientifique contemporaine, très peu de travaux tendent à isoler la résistance inconsciente de la résistance physiologique.

L'étude de Andersen, Elklit & Brink (2013) montre que les douleurs chroniques qui persistent après un coup du lapin sont caractérisées comme des symptômes médicalement inexplicables (SMI) et ne sont donc pas considérées comme de vraies douleurs. Ces douleurs résiduelles, séquellaires de l'accident, sont rabattues du côté d'une origine psychique. Mais lorsqu'un diagnostic de Stress Post-Traumatique accompagne l'étiologie la douleur, il favorise la mise en place de traitements précoces et mieux adaptés. Cette prise en charge de meilleure qualité empêche la douleur de devenir chronique. L'étude questionne le clivage entre des douleurs considérées comme légitimes et les douleurs « inexplicables » sur un plan médical.

Rappelons aussi que Thomas (2020) constate que ce type de symptômes empêche le médecin de s'inscrire dans une relation de soin de qualité. Cette absence de considération de la douleur participerait à sa résistance sur le plan psychique. Le problème résiderait donc dans la qualité de la relation soignant-soigné, car elle est un gage d'efficacité thérapeutique. Et cette relation ne peut devenir un véritable vecteur de soin, que dans la mesure où, comme le souligne Marin (2013, p.53) : « l'individu qui fait l'objet de soin n'est pas un objet de soin, mais reste et doit rester, s'il s'agit véritablement de soin, un sujet. Idéalement, le soin n'est sans doute pas seulement le maintien ou la préservation de la vie de l'autre, mais plutôt le maintien de la subjectivité du malade ».

La thèse d'exercice de médecine de Casel (2013) porte sur la relation patient-médecin. Elle nous offre des pistes de réflexion intéressantes. Casel a contacté 70 médecins, seuls 18 ont répondu, pour réaliser avec eux des entretiens d'une durée de 15 à 40 mn, afin d'évaluer les problèmes que rencontre le médecin généraliste dans sa relation avec le patient douloureux chronique. Plusieurs problèmes sont soulevés. Les médecins évoquent le doute vis-à-vis de la parole de leurs patients et des difficultés à comprendre leurs plaintes, leurs demandes et leurs attentes, ainsi qu'un manque de temps pour une bonne prise en charge. Du côté des patients, ils repèrent une impossibilité à accepter l'absence de réponse du médecin à leur plainte, leur soumission et leur dépendance face au médecin, et leur manque d'écoute et d'obéissance à suivre leur traitement à la lettre. Ils pensent aussi se faire manipuler par leurs patients, qui viennent pour se faire plaindre et refusent de guérir. Concernant les offres de prise en charge psychologique, elles seraient compliquées à mettre en place, d'une part, parce qu'ils ressentent un malaise à investiguer la souffrance et à proposer un suivi psychologique, et d'autre part, parce que les patients rejettent eux-mêmes l'idée d'une prise en charge psychologique, ayant mal physiquement. Les médecins ressentent également des émotions parfois très envahissantes et ambivalentes, comme de l'insatisfaction face à la répétition de la plainte, de la lassitude, de l'impuissance de ne pas réussir à soulager le patient, de l'agacement, de l'épuisement, mais également une mise à distance des problèmes et de l'empathie, voire parfois de la souffrance.

Certains médecins ont repéré plusieurs facteurs déterminants pour améliorer la prise en charge de la douleur de leur patient dont la nécessité d'établir une relation de confiance et de reconnaître leur plainte, en mettant en favorisant la mise en place d'un transfert positif suite à une écoute bienveillante, car ils se rendent compte qu'ils n'en sont pas toujours garants. Ils pensent également devoir prendre en compte le retentissement des facteurs psycho-sociaux sur le ressenti de la douleur, donner de l'espoir au patient, et reconnaître leurs propres limites en tant que médecin et face à la situation, pour pouvoir réorienter vers d'autres professionnels de la santé ou en centre spécialisé dans la prise en charge de la douleur.

Par ailleurs, la résistance se présente comme un obstacle que le médecin redoute. L'étude Suisse de Bonjour-Theurillat et al. (2018, p.209) montre que : « les participants ont relevé combien il était difficile de faire changer un patient qui opposait une résistance au changement lorsqu'il avait le sentiment que l'on ne reconnaissait pas sa souffrance » et que « le changement du médecin lui-même a paru important, voire inéluctable, aux participants ». Les auteurs éclairent comment les médecins eux-mêmes se rendent compte que la résistance au changement chez le patient douloureux chronique est provoqué par leur propre responsabilité à nier la souffrance de leur patient et que sans le changement intrinsèque du médecin, exiger un changement chez le patient est illusoire.

Selon Desfontaine-Catteau et Bioy (2014, p.70), la résistance de la douleur aux traitements s'alimente de la conviction d'avoir été exploité ou abusé dans un contexte familial ou professionnel traumatogène. La douleur est également soulevée comme traumatisme en soi narré comme une rupture entre un « avant » et un « après » la douleur. Ce qui paraît alors problématique est la capacité pour ces sujets de transcender l'image idéalisée qu'ils avaient d'eux-mêmes afin de la transformer en ce nouveau moi, atteint par la douleur.

Comme nous l'avons mentionné en amont, la littérature distingue la résistance de la non-observance et cette dernière est considérée selon Reach (2010) comme une inadéquation entre le comportement du patient et les recommandations médicales. Il propose de revoir ce concept de non-observance comme « un manque d'adhésion du patient à ce que lui recommande sa propre raison » (Reach, p.42). Cette définition ouvre à une perspective plus élaborée de cette notion et renvoie à ce que Lamouroux, Magnan et Vervloet (2005) ont décrit à propos de l'adhésion du patient. Car, comme nous l'avons expliqué, ce n'est pas parce que le patient suit son traitement qu'il est impliqué dans sa prise en charge, et nous rajoutons, impliqué au sens de ce que lui commande son inconscient pour rebondir sur les propos de Reach. Selon Barrier (2010), le patient n'a pas à être « observant », car cela le renvoie à être soumis à l'autorité médicale. Or, « se soigner n'est pas obéir (pas plus que désobéir), c'est vouloir la régulation de son état de santé, et s'approprier les instruments qui l'autorisent » (Barrier, p.123).

Delaroche (2003) souligne que le terme d'observance est issu du vocabulaire religieux et participe à une représentation fautive de dévotion du sujet à l'égard du médecin et sa prescription médicale. Partant du constat que certains patients ne vont pas nécessairement suivre la prescription médicale et donc se trouver en situation de non-observance, il précise que cette attitude est une manière de marquer la désobéissance à la toute-puissance médicale, qui s'origine dans la toute-puissance maternelle. Ne pouvant admettre cette omnipotence maternelle, le sujet déplace la conflictualité sur le médicament « dont la prise, le plus souvent buccale, répond à merveille à ce type de relation. Relation encore ambivalente puisque chez Hippocrate *pharmakon* (médicament) et poison sont synonymes » (Delaroche, p.27).

Comment cette compliance thérapeutique pourrait-elle alors être le gage d'une adhésion du patient à son traitement ? Cela relèverait plus du fantasme médical. Cette question est éminemment d'une importance capitale pour éviter de maintenir dans le désarroi des patients qui se montreraient conciliants dans leur prise en charge, bien que ce comportement ne présage pas de l'efficacité thérapeutique. Ce comportement pourrait même être ce qui entretient la résistance thérapeutique.

3. Un cas particulier de douleurs chroniques : la fibromyalgie

Dans la fibromyalgie, actuellement classée parmi les douleurs chroniques nociplastiques, une symptomatologie presque exclusivement douloureuse, diffuse et persistante, mais impossible à objectiver par des investigations techniques (bilans sanguins, imageries médicales), favorise un scepticisme à l'encontre de la plainte du patient et complexifie la prise en charge. « La fibromyalgie reste source de discussions et de controverses à propos de sa reconnaissance comme entité nosologique unique et universellement admise » (Cornette, 2018, p.59). C'est ce doute que nous interrogeons, car en psychanalyse nous prenons en considération la réalité subjective, donc la manière dont le sujet vit, ressent et interprète les événements de sa vie.

La fibromyalgie est connue depuis 1977 sous le nom de syndrome idiopathique diffus. Elle a été reconnue comme entité médicale par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1992 et comme pathologie rhumatismale en 2006. Elle est actuellement classée en tant que douleur chronique généralisée dans la dernière classification internationale des maladies (CIM) (Inserm, 2022). Elle se caractérise par des douleurs diffuses chroniques des fibres et des muscles (fibro : fibre ; myo : muscle ; algie : douleur).

Pendant de nombreuses années, un tableau clinique de points douloureux stratégiques et anormalement douloureux à la pression, a été dressé et utilisé pour réaliser le diagnostic. Dernièrement, ces points douloureux ont été écartés au profit de l'analyse globale du patient, tenant compte des troubles à la fois psychologiques, fonctionnels, cognitifs et affectifs, conjoints à des facteurs historiques comme des événements stressants ou traumatiques dans la vie du patient (Castro De Souza, 2014).

Toutefois, la certitude du diagnostic est encore actuellement sujet à controverse. La particularité de la fibromyalgie est qu'elle est établie par un diagnostic d'élimination, c'est-à-dire qu'elle est avant tout décelée par élimination de toutes les autres pathologies rhumatismales, analogues au point de vue de la manifestation des symptômes. Et ceci est expliqué par l'absence de signes objectivables par la biologie ou les radiologies (Nacu & Benamouzig, 2010). Cette situation favorise l'errance thérapeutique dans laquelle se trouve ces patients (Legand & al., 2019) et contribue à l'incertitude du médecin, qui se sent mis en échec à l'endroit de son savoir médical (Ranque & Nardon, 2017).

Le diagnostic d'exclusion et l'absence de substrat biologique, donc de critères objectifs, confèrent à la fibromyalgie une place particulière dans le monde biomédical contemporain et alimentent le scepticisme auprès de certains médecins, comme le soulignent Nacu et Benamouzig (2010), Häuser et Fitzcharles (2018) Legand et al. (2019), ou encore Berquin et Grisart (2016), qui qualifient ces médecins de *fibrosceptiques*. Sans cause décelable, une origine psychique est souvent évoquée, la ramenant du côté des symptômes de conversion, retrouvés dans l'hystérie (Castro De Souza, 2014). Ainsi, bien que reconnue sur le plan médical et social, sa reconnaissance sur le plan médical questionne. Du côté des patients, on pourrait penser que le diagnostic ôte les doutes sur la pathologie. Or, Nacu et Benamouzig (2010) repèrent une contradiction par rapport au diagnostic. Les patients s'en saisissent comme un *moment fondateur* : « les trajectoires individuelles, marquées par une errance ayant pu durer plusieurs années, trouvent un moment de résolution avec la pose du diagnostic, vécu comme « un moment fondateur » par les malades interrogés » (Nacu & Benamouzig, p.557) bien qu'elle « implique l'annonce simultanée d'une « non-maladie », par exclusion de pathologies graves, et quelque chose de néanmoins sérieux, mais sans véritable solution thérapeutique » (Nacu & Benamouzig, p.559). Cette contradiction se répercute sur la qualité de la relation médecin-patient et participe aux difficultés de communication. Ces incertitudes conduiraient les patients à privilégier une étiologie organique et une approche thérapeutique médicale, mettant à l'écart les aspects psychosociaux, bien qu'ils se montreraient résistants à ce type de prise en charge. C'est pourquoi les recommandations internationales de prise en charge, comme l'indique le rapport de l'Inserm (2020), réside dans le caractère non médicamenteux de l'approche thérapeutique en première intention, alors que les médicamenteux sont prescrits à 91% des patients (Legand & al., 2019).

L'absence de preuves stigmatise le récit des patients, dont la sincérité est remise en cause et entrave sa reconnaissance (Percevault, 2015). « Le vécu de stigmatisation qui en découle dans le chef des patients génère des comportements de revendication et de défense qui peuvent être parfois virulents » (Berquin & Grisart, 2016, p.434). La non-reconnaissance de la maladie par les médecins et leur entourage affectif s'ajoutent en négatif à cette pathologie handicapante au quotidien (Baudin, Bruguière, Pheulpin, 2017), c'est sans doute pourquoi la plainte se répète à l'endroit d'un besoin de reconnaissance comme le soulèvent les études de Aïni, Curelli-Chéreauc et Antoine (2010), De Barros (2021) et Furlanetto et Spoljar (2017).

Ce besoin de reconnaissance pourrait introduire un écart entre le médecin et le patient en insatisfaction, dont la plainte persiste, car elle dépasserait la demande de reconnaissance en tant que maladie organique. C'est ce que Bichet et Bioy (2019) constatent lorsqu'ils parlent de reconnaissance de la souffrance psychique. Le doute de la parole du patient douloureux chronique est pourtant repéré par les médecins eux-mêmes, comme étant un facteur de mauvaise relation thérapeutique (Casel, 2013). La non prise en compte de cette demande de reconnaissance pourrait favoriser des résistances psychiques.

D'après l'article de Furlanetto et Spoljar, 2017, on repère que la demande de reconnaissance se joue sur deux plans. Le plan de la demande consciente qui se manifeste généralement dans un activisme professionnel et une demande de reconnaissance inconsciente, à l'endroit d'un narcissisme inconsistant. « La plainte s'inscrit dans un message polysémique où se croisent des revendications contre un objet énigmatique et la demande de reconnaissance d'un désir qui se méconnaît comme tel » (Gillot & Maillard, 2014, p.122). La polysémie de la plainte est donc à prendre sérieusement en considération pour ne pas infléchir l'issue thérapeutique vers des modalités de résistance psychique.

« Douter, voire refuser l'authenticité des douleurs, ou bien ne pas accueillir la plainte – allant parfois et à notre tour jusqu'à nous plaindre de ce type de patient –, ce serait perdre l'opportunité de lui offrir un espace dans lequel une autre dimension subjective pourrait émerger » (De Barros, 2021, p.60).

L'article de Bichet et Bioy (2019) relate le parcours de vie d'une patiente fibromyalgique qui n'existait qu'au travers d'une hyperactivité jusqu'à un accident de la route. « Ce moment charnière de l'accident, mais aussi de la part diagnostique, permet de reconnaître une souffrance qui n'avait jamais été reconnue » (Bichet & Bioy, p.212). En deçà de la reconnaissance de la pathologie c'est une souffrance infantile qui cherche à se faire reconnaître. Il en est de même dans la thèse de doctorat de Percevault (2015) qui repère dans le discours des sujets une association entre apparition des douleurs et période d'hyperactivité. Ce surmenage produirait un manque de soin porté au corps et ce comportement s'expliquerait par des exigences sociales auxquelles les sujets n'arrivent pas à se soustraire. De plus, il constate également qu'un événement traumatique est associé au déclenchement des premiers symptômes (Percevault, p.23).

« Chez ces patientes, dont l'environnement d'origine se révèle presque toujours contraignant et carenciel sur le plan affectif, l'apparition de la fibromyalgie est contemporaine d'une ou plusieurs situations de vie ressenties comme traumatiques » (Baudin, Bruguière, Pheulpin, 2017, p.96). Les patients fibromyalgiques relient le déclenchement de leur trouble avec de grandes difficultés rencontrées dans leur vie quotidienne (stress au travail, stress familial, accident domestique ou de la route) ou des événements traumatiques d'ordre affectif comme une rupture ou un décès (Dumolard, 2016).

Sibony (2013) constate que la fibromyalgie peut être la manifestation d'un vécu douloureux à une mère dépressive, agressive et autoritaire, incapable d'entrer en relation autrement que par les cris, les dévalorisations et même parfois par la violence physique. Cette ambivalence maternelle est liée à un fonctionnement sans nuances, dans l'excès d'autorité ou dans une dépression, marquée par la perte de son rôle de mère. Il suppose un effacement des limites entre soi et l'objet, faisant de la douleur « le formel du réel maternel » (Sibony, p.67). La relation à la mère est également ce qu'interrogent Forlanetto et Spoljar (2017), plus spécifiquement dans la clinique de l'hyperactivité infantile. Ils relatent le cas d'une patiente qui, dès l'enfance, s'est identifiée à une mère « en mouvement permanent », faisant l'objet d'une idéalisation. « Christina admirait sa mère et ingérait sa parole reconnaissante en édifiant un idéal ainsi étroitement modelé à cette image » (Forlanetto et Spoljar p.24). C'est l'identification imaginaire à l'image de l'autre maternel qui est soulevée, « ; une problématique du lien enfin, ancrée sur une dette intransférable trouvant son origine dans une position fusionnelle mère-fille qu'aucune intercession symbolique n'a pu suffisamment médiatiser » (Forlanetto & Spoljar p.32). Cette dette insolvable, non médiatisée par un Tiers, est marquée par une identification au moi-idéal maternel, ne laissant au sujet aucune possibilité de s'inscrire à une autre place. C'est l'image maternelle, puis l'image narcissique, du saut de l'hyperactivité, qui aurait mené à la fibromyalgie. Gorot (2010, p.128) rapporte également un cas d'une femme fibromyalgique dont l'identification imaginaire est problématique, car il lui est impossible d'être différente de la figure maternelle. « Il y a un double travail qui a pour but d'effacer les limites entre son objet et elle ». Cette absence ou impuissance du Tiers dans la relation mère-enfant est évoquée dans la thèse de Castro De Souza (2016), comme ce qui précipite la détresse de l'enfant à la toute-puissance maternelle. A travers les épreuves projectives, elle trouve « des représentations d'une imago maternelle toute-puissante et /ou persécutrice » (Castro De Souza, p.240).

Selon Papageorgiou (1999), la douleur corporelle dans la fibromyalgie s'articule à la logique du traumatisme et de la perte d'objet. Dans la fibromyalgie, il y aurait une contrainte permanente à satisfaire les exigences maternelles, être parfait sous peine de perdre l'amour maternel. Elle soulève la place de l'enfant-thérapeute, qui se conforme à l'idéal maternel pour colmater sa dépression et un fonctionnement psychique gouverné par un masochisme moral rigide. Ce deuil impossible à élaborer psychiquement concerne, pour Press (1999), la figure paternelle idéalisée, alors que pour Papageorgiou (1999), dans la douleur, se manifeste le deuil impossible de l'objet maternel intériorisé. Grâce au surinvestissement narcissique de l'excitation douloureuse, le sujet peut maintenir un lien indifférencié avec son objet idéalisé.

La méta-analyse de Siqueland et al. (2017) s'intéresse à évaluer la prévalence du Syndrome de Stress Post-Traumatique (SSPT) dans la douleur chronique et à déterminer les variations de la douleur en fonction de leur localisation. Les critères de recherche sur les douleurs regroupent : la douleur chronique, la migraine, le mal de tête quotidien, la fibromyalgie, la douleur généralisée, la douleur musculo-squelettique, la douleur rhumatismale, la douleur chronique dorsale et la douleur chronique spinale. Ils ont été combinés aux critères sur le stress qui regroupent les termes suivants : troubles liés au stress, post-traumatique et SSPT. Parmi les 219 études qu'ils ont recensées, seules 21 ont été retenues. Dans ces dernières, la prévalence du SSPT se retrouve chez 20,5% (n=2189) parmi les 6 études impliquant des douleurs chroniques généralisées. En prenant en compte la prévalence du genre, les femmes sont plus souvent touchées par le SSPT dans les divers critères de douleurs. La fibromyalgie est particulièrement saillante à ce propos. Parmi les 2041 individus atteints de fibromyalgie, 88,3% sont des femmes et quasiment 30% d'entre eux présentent un SSPT, selon les critères d'évaluations exigés par l'étude.

El Hage (2006) constate également que les études portant sur l'Etat de Stress Post-Traumatique (ESPT) dans le syndrome douloureux chronique indiquent que la prévalence de l'ESPT varie entre 21 et 57% chez les patients diagnostiqués fibromyalgiques. Cette hypothèse est étayée par Rose (2009), qui constate que les études contemporaines corrélient la fibromyalgie avec des traumatismes psychiques, provoquant de hauts niveaux de stress, tels que des maltraitances physiques ou sexuelles. Les patients fibromyalgiques présenteraient des troubles de la personnalité (46,7%), dont une prédominance d'un fonctionnement psychique névrotique de type obsessionnel (30%) ou d'un fonctionnement limite avec dépression associée (16,7%).

Les troubles de la personnalité dans l'étude de Rose (2009) interrogent la question narcissique, qui intéresse notre recherche par rapport au développement de l'image spéculaire, en tant que manifestation de la personnalité, profondément intriquée à l'image de l'Autre primordial. Calsius, Courtois, Stiers et De Bie (2015) interrogent le registre narcissique dans sa relation avec le corps. Ils supposent que les patients fibromyalgiques ressentent leur corps, non comme faisant parti d'eux, mais comme une machine. Ils montreraient un rapport au corps binaire, soit totalement incarné, mais de façon négative, ou au contraire totalement désinvestit. Dans le premier cas, le moi se retrouve débordé par la survenue de la douleur et pour y faire face désinvestirait narcissiquement son corps, alors que dans le second cas, il se produit un surinvestissement narcissique pour préserver son intégrité.

Par ailleurs, « chez ces patients semblent procéder un mouvement régrédient où la représentation et l'affect laissent la place à une image sensorielle » (Baudin, Bruguière, Pheulpin, 2017, p.97). Le surinvestissement du registre sensoriel au détriment des émergences affectives semble être un recours défensif pour éviter un éclatement du moi. « Ce retour aux sources somatiques relève de processus très archaïques, le corps étant à considérer ici dans ce qu'il dit de l'infantile, des relations très précoces avec les objets premiers » (Baudin, Bruguière, Pheulpin, p.97). Ce retour au somatique met en évidence le rôle de la régression. Par ailleurs, le fonctionnement psychique des patients fibromyalgiques montre que le conflit ne se situerait pas entre désir et défense, il ne serait donc pas symbolisé ; « la régression semble bien davantage se substituer aux mécanismes de défenses névrotiques » (Baudin, Bruguière, Pheulpin, 2017, p.97) que de permettre la fluidité des investissements narcissiques et objectaux, comme dans la névrose justement. Néanmoins, selon les auteurs, cette régression psychique est très coûteuse psychiquement en témoigne les épisodes de grandes fatigues, présents dans la fibromyalgie. Cette dépense énergétique peut conduire à un épuisement général, qui « contraste avec l'hyperactivité d'avant la maladie » (Baudin, Bruguière, Pheulpin, 2017, p.97). Nous pouvons tout de même nous demander si la régression est à l'origine de la fatigue ou si l'hyperactivité n'ait pas conduit à l'épuisement, impliquant une baisse des ressources psychiques nécessaires à maintenir l'homéostasie, d'où la régression comme dernier recours défensif pour trouver du repos. Dans ce cas, il paraît nécessaire d'éclairer les raisons pour lesquelles ces femmes, très clairement dans une position active, avant la pathologie, se retrouvent soudainement en position passive ou en difficulté à y accéder.

IV. CONCLUSION PARTIE CONTEXTUELLE : DOULEURS CHRONIQUES REBELLES, BILAN, CONSTATS, PROBLEMES

L'évolution de la pratique médicale a modifié le rapport au patient. Désormais, son savoir serait écarté de la consultation médicale, dépouillant le corps des éprouvés subjectifs. Si pour Illich (1999) et Israël (2005), nous sommes passés de l'art médical, centré sur l'écoute, au pur acte de l'auscultation et du diagnostic médical, fondé sur un savoir univoque, Gori et Del Volgo (2005) pensent les médecins sont encore attachés aux valeurs humanistes. Pour les auteurs, la médecine technoscientifique tend vers une déshumanisation. Cette dépendance à la technicité pose des questions, d'ordre éthique et subjectif, au niveau de la pratique (Israël, 2005 ; Gori & Del Volgo, 2005).

De plus, le discours social est le reflet des modifications de la société et des individus qui la composent. Toute nouvelle donnée va dans le sens d'une homogénéisation des représentations et des discours partagés par la communauté. La fonction d'une société capitaliste dans le domaine de la santé est de créer l'illusion d'une santé idéale accessible à tous, ce qui donne de l'espoir et un sentiment de sécurité, élément fondateur de l'Etat souverain (Hobbes, 1651). En ce sens, le discours capitaliste est non castrateur, ce qui est *a-structurant* pour le sujet de l'inconscient. Le risque est que cette promesse de santé idéale pourrait être attendue comme un droit. Or, ni la santé ni la guérison ne sont un droit. Avec l'absence de castration dans le discours, un glissement s'est produit déplaçant la place du savoir. Actuellement, ce savoir est moins l'objet d'une quête personnelle qu'une place bouchée par un tas d'objets, les *lathouses* (Lacan), faisant illusion pour le sujet qu'il est comblé ou qu'il peut l'être. Cette clinique du réel efface la dimension symbolique du triptyque borroméen, pourtant nécessaire à faire sens et lien social. Ces nouvelles valeurs de la modernité ôtent toute possibilité pour le sujet d'accepter sa condition de malade, comme il empêche le médecin d'accepter son impuissance à soulager ou à guérir. Ce discours contemporain est axé sur une politique de rendement et une représentation de droit à la santé pour tous, comme nous l'avons problématisé. D'un côté, le patient est pris dans ce fantasme d'être ou de recouvrer la pleine santé. De l'autre côté, le médecin est devenu un acteur du système hospitalier, qui se doit d'être, à la fois rentable et garant de ce fantasme. Il est aussi prescripteur de sa parole auprès du patient et endosse de grandes responsabilités de part et d'autre de la scène sanitaire, bien qu'il ne soit pas un interlocuteur décisif (Révah-Levy & Verneuil, 2015).

Comme nous l'avons déplié en amont, l'intérêt pour les douleurs chroniques est arrivé dans le paysage social relativement tardivement et celui-ci paraît même éphémère, puisque, après trois plans douleur successifs, entre 1998 et 2010, l'intérêt s'essouffle. Cela pose question. Si la prise en charge de la douleur chronique est définie comme une urgence selon le constat de Boukerche-Delmotte, que dévoile cette résignation ? Selon la psychologue, elle provient d'une opposition entre la volonté politique et la réalité du terrain : « l'urgence est de traiter rapidement la douleur chronique. Ce qui ne va pourtant pas de soi, comme le dévoile la clinique » (Boukerche-Delmotte, 2019, p.137). En effet, suivant les recommandations de bonnes pratiques professionnelles, le mode d'évaluation du patient à privilégier est pluridisciplinaire (HAS, 2008). Dans la pratique quotidienne, spécifiquement au sein des établissements de soin, la politique de rendement prend le pas sur la politique de prise en charge globale. Cela est expliqué par les différentes lois en matière de santé publique, à partir des années 2000, qui ont fait basculer les repères d'évaluation des actes de soin, passant alors d'une obligation de moyens à une obligation de résultats (Sebai, 2015). En clinique de la douleur, qu'en est-il désormais du temps nécessaire à l'évaluation pluridisciplinaire, à la direction thérapeutique envisagée, aux consultations et suivis, alors même que ces actes ne sont pas quantifiables ? Tout cela se retrouverait drastiquement réduit.

Dans la prise en charge de la douleur chronique, le médecin est pris dans deux discours contradictoires. Les directives gouvernementales demandent une approche globale du patient et une intervention pluridisciplinaire, bien que les nouvelles réformes hospitalières empêchent de mettre en place ces bonnes pratiques professionnelles, car elles ne seraient pas rentables pour l'hôpital. Ces dernières sont ainsi reléguées à l'ordre fantasmatique et la politique de rendement est devenue l'ordre réel du fonctionnement institutionnel. Ce discours ambivalent participe à la souffrance globale du système de santé. Conséquence, le médecin ne peut plus prendre le temps de l'écoute (Révah-Levy & Verneuil, 2016) qui est pourtant au cœur de la relation de soins, avec l'empathie et le respect (Bontoux, Autret, Jaurya, Laurent & Levi, 2021). Selon Révah-Levy et Verneuil, les médecins couperaient la parole de leurs patients, en moyenne après 23 secondes d'entretien. Pourtant, les patients ne parleraient pas plus de deux minutes si on leur laissait le temps de s'exprimer. Casel (2013, p.40) a également constaté que « l'absence de confiance en son médecin pouvait être source de mauvaise observance et d'échec thérapeutique ». La confiance en le médecin naît de l'espoir que le patient nourrit quant à sa guérison (Cordier, 2010).

Médecins et patients souffrent actuellement de ce système de soins où la rentabilité semble prévaloir sur la qualité de la relation thérapeutique. Cette vision entrepreneuriale du système de santé a eu raison de la santé psychique des médecins, des soignants et des patients. « Ce qui existe dans les hôpitaux n'est pas de la médecine, c'est la distribution plus ou moins réussie de traitements qu'on compte pour ce qu'ils rapportent à l'hôpital » (Révah-Levy & Verneuil, 2016, p.14). En ce sens, les directives ministérielles en termes de prise en charge restent une recommandation arrimée à un discours ambivalent, car il recommande une prise en charge pluridisciplinaire, tout en « sachant » que ce dispositif n'est pas rentable pour l'hôpital et sera donc nécessairement soumis à l'échec. Le risque majeur est le morcellement des pratiques, plutôt que la pluridisciplinarité, visée par les recommandations politiques et sanitaires actuelles.

En 2022, le débat autour de la douleur est relancé. La sénatrice Deroche intervient le 20 janvier 2022, auprès du Ministère de la Santé, à propos du plan douleur. Elle parle de crise majeure pour qualifier le peu d'actions réalisées en faveur de la prise en charge de la douleur chronique, depuis la mise en place de la loi du 04 mars 2002. Elle considère que « l'évaluation et la prise en charge de la douleur constituent un véritable enjeu de santé publique trop longtemps négligé » et qu'un « nouveau plan serait nécessaire » (Journal Officiel du Sénat, 2022, p.298). Cette négligence est imputée à l'abandon du dernier plan douleur. Le 20 octobre 2022, la sénatrice Herzog attire l'attention sur la fibromyalgie et ses conséquences sur la santé physique et psychique des malades. Elle se demande pourquoi cette maladie invalidante, en raison des douleurs intenses qu'elle provoque, et répandue au sein de la population (600000 à 700000 personnes), ne figure pas parmi les Affection de Longue Durée. Le Ministère de la santé et de la prévention considère que les symptômes présents dans le syndrome de fibromyalgie, « ne permettent pas la qualification de maladie » (Journal Officiel Sénat, 2022, p.5174). *De facto*, son absence de reconnaissance en tant que maladie l'exclue des Affections de Longue Durée qui bénéficieraient d'une prise en charge des frais médicaux à 100%. Que dévoile cette résistance du ministère de la santé ?

Pris dans tous ces enjeux sociaux, la douleur chronique est d'autant plus problématique qu'elle est souvent réfractaire aux traitements usuels. « Lorsque la prise en charge résiste à un traitement bien conduit, on se trouve face à un tableau dit de douleur rebelle » (Rochas, 2014, p.95). Ces douleurs chroniques rebelles déstabilisent l'approche médicale et curative, depuis de nombreuses années (Allaz, 2004 ; Berquin, 2013 ; Rochas, 2014 ; Serrie, Delorme & Navez, 2020) et demeure ainsi un point aveugle du savoir médical, que les enjeux politique et sanitaire dévoilent dans les directives qu'ils mettent en place (Baszanger, 1995). La démarche médicale consiste à séparer et catégoriser les types de douleur dans l'idée que cela favorise le choix du traitement adéquat à prescrire. La classification de la douleur sert de boussole à la pratique clinique médicale. Néanmoins, la vigilance est de rigueur. Le risque est d'enfermer le patient dans une catégorisation au risque d'empêcher une remise en question du premier diagnostic, de se priver des éléments subjectifs essentiels à la prise en charge et de ne pouvoir envisager une autre trajectoire thérapeutique. Lorsque Granan (2017) dit que tout type de douleur chronique implique un remodelage cérébral, il remet en question cette nécessité de classification. C'est ce cercle vicieux de la douleur qui est posé comme une résistance physiologique.

Dans le champ médical, le terme « rebelle » est donc entendu comme un manque d'adéquation entre la molécule et la douleur. Dès lors, c'est tout un pan de l'histoire personnelle du sujet qui peut être occulté dans la prise en charge médicale. Cette occultation mènerait à des dérives : acharnement thérapeutique, confusion des langues ou encore résistance au discours médical.

a. Acharnement thérapeutique

Boukerche-Delmotte (2019) parle d'une forme d'acharnement thérapeutique, dans lequel la médecine peut parfois tomber, pour venir à bout de ce mal insidieux qu'est la douleur chronique. « L'arsenal thérapeutique est un modèle. Ce qui peut paraître tout à fait légitime pour certaines douleurs mais pas pour les patients douloureux chroniques, tels que nous les rencontrons au CEDT » (Boukerche-Delmotte, p.132). Ses vingt années passées aux côtés de ces patients douloureux montrent à quel point l'offre de prise en charge peut être inadaptée, lorsque la médecine échoue là où elle est attendue. Pour cette psychologue, cette persistance à lire la douleur sous le prisme du savoir médical et de l'objectivité paraît relever de l'inscription du médecin dans le mythe du savoir absolu.

Cette position face au savoir est ce qu'interroge Thomas (2020) lorsqu'il indique que les symptômes médicalement inexplicables (SMI), comme dans la fibromyalgie, participent aux difficultés pour certains médecins, formés à devenir des techniciens supérieurs de la santé, à s'inscrire dans une relation de soin de qualité. L'aporie du savoir médical sur ce genre de pathologie serait ainsi au cœur des difficultés qui peuvent s'immiscer dans la relation médecin-patient.

b. Confusion des langues

Lorsque les examens médicaux indiquent l'absence d'une pathologie grave, le médecin est enchanté de pouvoir annoncer que son patient n'a rien (Le Breton, 1993). Alors même si les propos du médecin sont délivrés pour rassurer son patient, en fait, ils ne s'attachent qu'à la réalité organique et aux signes cliniques. Ainsi, le médecin semble en difficulté à prendre en considération la réalité psychique du patient, et les effets que peuvent avoir ces propos et son attitude sur le patient (Balint, 1970 ; Israël, 2005). Si ce *rien* vient signifier, dans le discours du médecin, l'absence de lésions organiques, il peut aussi faire taire la parole du patient, nier sa souffrance et ses douleurs, et produire un non-sens (Israël, 2005). Cette annonce ne le soulagerait pas, mais le décrédibiliserait. En l'absence de prise de conscience de la part psychique que renferme la consultation médicale, prise dans les effets de transferts, il peut provoquer à son insu la cristallisation sur l'organicité (Le Breton, 1993 ; Israël, 2005) et engendrer la maladie iatrogène : « la maladie engendrée par la médecine » (Israël, 2005, p.222).

c. Résistance au discours médical

La difficulté de repérage des situations d'échec thérapeutique paraît être la conséquence d'un isolement de ces personnes, qui ne semblent pas ou plus consulter pour ce problème. L'étude de Breivik montre que certains douloureux chroniques se soustraient d'une approche purement médicale, sans pour autant se tourner vers des thérapies alternatives. Cet isolement interroge sur la perte d'espoir et de confiance en la médecine pour les aider. De plus, ce désir de se soustraire du monde médical questionne la manière dont le patient vit sa situation, à savoir si ce comportement peut être considéré comme une forme de résilience ou y conduire, ou s'il s'apparente plutôt à de la résignation, en l'absence de réponse.

Actuellement, la douleur chronique rassemble la majorité des professionnels sur l'argument qu'une explication purement physiologique s'avère insuffisante. Un nombre significatif d'entre eux partagent l'opinion d'une diversité de facteurs responsables dans l'apparition de douleurs chroniques (Berquin, 2013 ; Derzelle, 2013 ; Le Breton, 2017 ; Meredith, Ownsworth & Strong, 2008 ; Rochas, 2014), ce qui montre les limites de la prise en charge allopathique.

Les entraves à soulager certaines douleurs chroniques sont donc un problème de santé publique. Malgré le suivi des traitements prescrits, certains patients continuent d'avoir mal et c'est ce caractère rebelle aux traitements thérapeutiques classiques qui pose particulièrement question : « les personnes avec des douleurs persistantes, qui ne répondent pas aux traitements, sont difficilement déterminables, encore moins rapportées dans les études épidémiologiques » (Borsook et coll., 2018, p.2421).

C'est dans ce contexte que nous constatons que les études scientifiques sur la fibromyalgie et plus largement sur les douleurs chroniques de type nociplastique révèlent un contexte familial traumatique ou un lien maternel carencé. En ce sens, une symptomatologie complexe et toujours intriquée à la dimension psychique est à prendre en considération. Le manque d'efficacité des traitements prend place dans ces questionnements.

La psychanalyse en tant que pratique et en tant que discipline a ainsi toute sa place pour penser les paradoxes sociaux et pour apporter un éclairage différent sur la douleur. Son paradigme reposant sur la réalité subjective ouvre à d'autres possibilités de compréhension du patient.

« Ce que la psychanalyse peut sans doute apporter à la médecine relève de la reconnaissance d'une autre forme savoir que celui produit par la logique rationnelle, un savoir qui n'est pas seulement le savoir religieux et magique des médecins antiques dont les pratiques exploitaient le fond subjectif, mais la prise en compte d'un savoir insu du sujet, l'inconscient » (Gori, Del Volgo, 2005, p.111).

Ainsi, pour saisir l'ensemble des enjeux que soulèvent la prise en charge de la douleur chronique et sa résistance thérapeutique, il faut considérer l'éprouvé du patient douloureux. L'histoire personnelle du sujet doit être interrogée en profondeur.

L'état de l'art a permis d'affiner les concepts clefs que nous souhaitons utiliser dans la théorie, afin d'éclairer sous un angle nouveau les connaissances déjà établies dans le domaine. Cette démarche nous permet désormais de poser les concepts théoriques sur lesquels nous nous appuyons pour mettre au travail notre hypothèse de recherche. Cette exploration en profondeur se centre sur le courant théorique psychanalytique, « c'est-à-dire une conception de la vie et de l'évolution psychique issue de la pratique psychanalytique et du travail de théorisation de Freud et de ses principaux successeurs français et anglo-saxons (M. Klein, W. Bion, D.W. Winnicott, J. Lacan, A. Green, J. Laplanche, P. Aulagnier, D. Anzieu, etc.) » (Roussillon, 2018, p.4).

Cette étape de la recherche « consiste à aller de nouveau explorer la littérature scientifique (ouvrages d'auteurs, revues scientifiques) et faire émerger des connaissances théoriques et méthodologiques auxquelles se réfèrent (implicitement ou explicitement) les chercheurs » (Lavarde, 2008, p.102).

Nous y investiguons particulièrement les concepts de douleur et corps, afin d'éclairer ce qu'ils recouvrent dans ce champ théorique en comparaison de ce qui a été soulevé dans la revue de la littérature contemporaine. Nous y interrogeons la relation mère-enfant, en rapport avec l'entrée du sujet dans l'univers symbolique, l'édification des premières identifications et la construction du système moiïque. Enfin, nous aborderons le transfert et la résistance, et la manière dont ils prennent place entre un sujet et un autre/Autre.

PARTIE 2 :
CADRE THEORIQUE DE LA
RECHERCHE

DOULEUR, MECANISMES
IDENTIFICATOIRES ET PROCESSUS A
L'ŒUVRE DANS LA RESISTANCE
PSYCHIQUE

Chapitre 1 :

**La douleur chronique en psychanalyse : une
problématique de l'excès et de la limite**

*« Plus grande est la douleur sans voix dans les tourments »
(Proverbe sanskrit ; Hitopadésa - IXe siècle).*

Dans notre recherche doctorale, nous questionnons la résistance thérapeutique dans la douleur chronique nociplastique, et plus particulièrement dans la fibromyalgie.

Dans le paradigme médical, nous avons retracé dans le chapitre précédent, le passage de la douleur, en tant que symptôme, à la douleur en tant que maladie. Cette représentation de la douleur-maladie lui a valu le statut de Syndrome Douloureux Chronique. La limite qui sépare la douleur-symptôme de la douleur-maladie est marquée par la temporalité de sa persistance (au moins 3 à 6 mois). Alors, comment peut-on entendre la douleur en psychanalyse ? Est-elle un symptôme ? Une pathologie ? Quel rôle la limite peut-elle jouer ?

Les douleurs chroniques touchent au corps biologique et psychique. Dans l'alliance de ces deux courants, la théorie psychosomatique apporte des éléments de réflexions sur la nature des objets (corps et douleur), leur principe économique, dynamique et topique, leur fonction, entre autres. Les premières recherches du mouvement psychosomatique se fondent sur ces modèles intégratifs et s'inspirent conjointement des avancées neuroscientifiques et de la psychanalyse (Keller, 2010 ; Marty, 2011 ; Smadja, 2012). La médecine psychosomatique a pour objectif de mettre en évidence que des facteurs d'ordre subjectif participent à la dérégulation de processus physiologiques précoces et à l'apparition de certaines maladies (Szwec, 2005 ; Keller, 2010 ; Marty, 2011 ; Smadja, 2012). Marty propose dans son approche de considérer que des « principes économiques, psychodynamiques et génétiques [...] gouvernent et organisent l'unité psychosomatique d'un individu » (Kamieniecki, 1990, p.8).

Nous allons ainsi revenir sur les fondements théoriques sur lesquels s'appuie la psychosomatique, qui se réfère à la psychanalyse, seule discipline à pouvoir rendre compte des conflits psychiques au cœur de l'inconscient (Marty, 2011), en nous appuyant sur les œuvres principalement freudiennes et lacaniennes. Cette rétrospective nous permet de conceptualiser les notions de « Douleur » et de « Corps », dans l'épistémologie psychanalytique. Ce retour aux sources nous permet d'éclairer ce que Derzelle (2013) a constaté de son expérience clinique avec des patients douloureux chronique et la complexité de leur organisation psychique :

« Les diagnostics psychopathologiques le plus fréquemment associables à celui de la douleur chronique sont en fait ceux de dépression, de conversion hystérique, d'hypocondrie et de fonctionnement psychosomatique. Cette hétérogénéité montre bien qu'il est en réalité plus fructueux de raisonner en termes d'articulation qu'en termes de causalité directe et univoque. En effet, l'expérience clinique met bien en évidence qu'au bout d'un certain temps d'évolution, il se révèle toujours très délicat sinon impossible de discerner ce qui, dans la genèse, revient à des éléments purement somatiques et ce qui doit être imputé à des éléments de "structure" » (Derzelle, p.110).

I. RAPPORT A LA CASTRATION DANS LA DOULEUR

Dans le paradigme psychanalytique, la douleur pose la question de l'excès comme nous l'avons précédemment déplié. L'excès est quelque chose qui vient en plus, en trop, par rapport à un état homéostatique. Dans le paradigme médical, nous avons également posé la douleur chronique comme le dépassement d'une certaine limite, celle de sa persistance dans le temps. Cela nous amène ainsi à interroger la limite en psychanalyse en tant qu'elle constitue pour un sujet la marque de sa castration. Cette notion de castration est très largement conceptualisée. Nous avons fait le choix de la mettre au travail, à partir de ce que nous avons repéré des répercussions des nouvelles valeurs de la Modernité sur le système de santé, et la représentation du corps et de la douleur. Ces transformations nous les analysons à partir de l'anthropologie, de la religion, mais également de la psychanalyse, car l'inconscient est un discours Autre avec lequel le sujet doit composer et négocier sa vie durant. Ce discours Autre est un discours extérieur au sujet. Le discours sur le corps et la douleur est empreint des représentations collectives, évoluant au cours des années et des avancées scientifiques. Le discours social est le reflet des modifications de la société et des individus qui la compose. Dans cette perspective, toute nouvelle donnée et toute nouvelle avancée vont dans le sens d'une homogénéisation des représentations et des discours partagés par la communauté. Le corps est fondamentalement « une structure symbolique, une projection susceptible de rallier les formes culturelles les plus larges » (Le Breton, 1992, p.33). En Occident, le clivage entre le corps et l'esprit est toujours d'actualité et perdure dans les représentations individuelles. Les représentations du corps et de la douleur, au même titre que la prise en charge et la pratique médicale, contribuent à accentuer cette séparation entre un sujet et le corps du patient, comme support de la douleur et plus largement de la maladie.

En éclairant les représentations du corps et de la douleur par un regard psychanalytique, nous souhaitons montrer, que le corps ne peut pas être réduit à un corps-objet ou un corps-machine, ni à une représentation sociale, et la douleur à des mécanismes physiologiques. Bien qu'issus de paradigmes différents, il s'agirait alors de *ré-concilier* ces regards divergents.

1. Anthropologie de la douleur

Comme évoqué dans la partie - *Pratique médicale : évolution et représentations contemporaines* - (p.14), la modification de la position du médecin face au déterminisme naturel et religieux, permis par les avancées scientifiques, a eu des effets sur la capacité à endurer les épreuves de la vie, qui échappent au savoir médical. Lorsque les êtres humains sont sans réponse, ils continuent de chercher le sens des événements qu'ils traversent. Aujourd'hui, avec les avancées médicales, particulièrement avec les techniques anesthésiques, et les représentations que les individus se font de la médecine et de la douleur, on peut supposer que la douleur est de moins en moins tolérée. Les anesthésies, péridurales, analgésiques et même la question de l'euthanasie viennent remplacer l'expérience de douleur, qui, malgré tout, fait partie de la condition humaine. Comme le soulève Le Breton (1993), la perte de sens précipite l'individu dans un repli et une souffrance insupportable, alors que nos ancêtres trouvaient un sens symbolique à la maladie.

Nous allons d'abord déplier quelques considérations sur la douleur et la souffrance, en partant de l'anthropologie, pour ensuite venir les questionner dans le paradigme psychanalytique pour apporter un autre éclairage au vécu de la douleur pour le sujet de l'inconscient.

1.1. Représentations sociales de la douleur

Le Breton a réalisé une étude exhaustive de la littérature anthropologique sur la douleur dans trois ouvrages majeurs, que sont *Anthropologie de la douleur* en 1995, *Expériences de la douleur* en 2010 et *Tenir : Douleur chronique et réinvention de soi* en 2017, en explorant plusieurs facettes de la douleur, comme sa construction sociale et la souffrance que l'individu endure. Péosh (2012) repère dans l'œuvre de Le Breton, plusieurs représentations sociales de la douleur, dont la douleur initiatique, l'offrande de la douleur, la douleur pour exister ou encore la douleur consentie de la culture sportive. Sa recherche a pour objectif d'éclairer certains déterminants de la construction de la représentation sociale de la douleur.

Ses résultats montrent trois formes de discours sur la douleur : la douleur-symptôme, la douleur-maladie et la douleur inscrite dans un discours symbolique et philosophique. Nous retrouvons ces représentations sociales de la douleur dans le champ médical, comme déplié en amont. La douleur-symptôme correspond à la douleur aiguë. Son caractère transitoire permet à l'individu de l'endurer, car il sait qu'elle prendra fin lorsque sa cause sera soignée. Les représentations de la douleur-maladie et de la douleur-relation sont celles que l'on retrouve dans le discours actuel sur la douleur chronique. Les personnes soignées interrogées insistent sur la dimension du lien et de l'écoute. « Dans ces deux approches est invoquée la genèse de l'interaction thérapeutique découlant d'un lien ou d'un appel au lien dans un cadre défini de prise en charge holistique de la personne soignée » (Péosh, 2012, p.73). L'étude donne également des pistes de réflexion pour penser la prise en charge de la douleur en travaillant sur certaines croyances ou idéologies à propos de la douleur.

Le Breton explique que la douleur est supportée et transcendée, selon le sens que l'individu lui donne. « C'est l'homme qui fait sa douleur à travers ce qu'il est » écrit-il (1992, p.65). Selon l'auteur, chez les Epicuriens, ce sont les souvenirs heureux, auxquels les individus peuvent recourir, qui rend la douleur plus supportable. L'efficacité du soulagement est fonction du déplacement conscient de sa pensée de la douleur vers un souvenir heureux. Dans la morale stoïcienne, l'homme ne souffre que du jugement qu'il porte à sa douleur. « La douleur ne fait entendre sa dolorité qu'accompagnée d'un jugement négatif à son encontre » (Le Breton, 2012, p.77), car l'homme souffre de la manière dont il vit les choses et pas des faits en soi. C'est cette même vision subjectiviste que partage le champ de la psychologie.

La représentation de la douleur est aussi empreinte de la morale religieuse. Dans la culture occidentale, la religion est le fruit de profondes transformations. La chrétienté post-monarchique a subi une inversion des valeurs chrétiennes, véhiculées dans les Evangiles (Nietzsche, 1895), et cette inversion a eu des répercussions dans le rapport de l'individu à la douleur. Le Breton (2012) explique que la représentation de la douleur, dans la Bible (ancien testament), est une conséquence de « l'avènement de la conscience » et d'une « infraction à la loi » (Le Breton, p.82) de Dieu. Alors que la tradition chrétienne (nouveau testament) est concomitante de l'assimilation de la douleur au péché originel.

Dans les cultures orientales, Le Breton a également découvert que les religions influencent fortement les représentations de la douleur et des souffrances de l'Homme. La douleur et les épreuves de vie sont liées au *karma*, mais comme conséquences des mauvais actes d'une vie passée. L'âme humaine errerait de corps en corps, d'époque en époque et se purifierait des actions passées. Si l'Homme souffre, il ne le doit qu'à lui-même. Enfin, Le Breton explique que dans certaines sociétés traditionnelles, la douleur initiatique prend une valeur autre que dans nos sociétés occidentales. Elle est à la fois un rituel de passage, comme chez les jeunes Aché, qui pour devenir des hommes, se font lacérer la peau du dos par un fendeur avec une pierre coupante. C'est son silence qui fait la valeur de son courage. La douleur infligée permet aux autres membres de la tribu de tester son endurance, ses résistances, présageant de ses ressources futures. Dans le chamanisme Sibérien, une place importante à une maladie initiatique est accordée. Elle a valeur de signe électif. Ainsi, le profane reçoit des signes de l'autre monde, jusqu'à la rupture de l'âme et du corps. Cette rupture est marquée par la maladie. Ne pouvant être soignée, le malade cherche de l'aide auprès du chamane, et sera à son tour initié. Être atteint d'une maladie et des souffrances associées est la preuve d'une relation privilégiée avec l'invisible, indice d'une possible élection chamanique.

Si la douleur, dans notre héritage occidental, est encore vécue comme une forme de punition ou d'injustice, dans d'autres sociétés, elle est acceptée et peut même prendre une signification élective, puisqu'elle permet d'accéder à une autre forme d'existence. Qu'ai-je fait pour mériter cela ? peuvent dire certains. Le sentiment d'injustice vient parfois frapper l'individu et s'adjoint au mal de vivre. Le Breton identifie la question du sens comme un moyen de supporter la douleur. De plus, il explique que « il n'y a pas de douleur sans souffrance » (Le Breton, 1995, p.13) et que cette dernière est fonction de l'interprétation que fait le sujet de sa douleur, car elle est la traduction subjective du vécu phénoménologique de la douleur. « Décider si un événement corporel est normal ou pénible relève d'un apprentissage culturel et social et non une évidence naturelle, il implique une interprétation qui engage ou non le sentiment d'une souffrance » (Le Breton, 2010, p.77). En ce sens, si la douleur n'était qu'une donnée physiologique, une pure incidence sur l'organisme d'une lésion, d'une pathologie ou d'un accident, il n'y aurait pas de différences interindividuelles dans le ressenti de cette douleur.

Le Breton (2017) soulève aussi les limites que le médecin, arrimé au savoir médical, rencontre.

« Si dans la consultation, il continue à poser un écran théorique purement biologique sur le corps de son patient, il ne le voit plus qu'en tant qu'organisme, il le réduit à ce prisme et reste aveugle au hors-champs, là où se situe justement sa singularité, son mode de vie, son histoire, les événements qui se sont noués dans sa chair, son attachement au présent » (Le Breton, p.233).

1.2. L'insondable de la douleur : une perte symbolique

Dans la religion Chrétienne, la maladie rejoint le Mal et prend « une valeur de Vérité divine et d'élection de la condition humaine » (Gori, Del Volgo, 2005, p.28), mais également « valeur d'expiation et de rachat de la faute originelle » (Porte, 1999, p.151). Selon Le Breton (1995), dans la tradition chrétienne, la douleur est une opportunité de participer aux souffrances du Christ. « L'acceptation de la douleur est une forme particulière de dévotion qui rapproche de Dieu, purifie l'âme. Elle fut longtemps considérée dans l'antiquité et au Moyen-Age, comme une grâce particulière » (Le Breton, 2012, p.90).

Par conséquent, la douleur doit rester dans l'énigme pour demeurer un objet de foi. Cet objet-douleur est radicalement séparé du savoir puisqu'il est un objet qui met à l'épreuve le croyant. En ce sens, l'objet-douleur de la foi est un objet de jouissance de l'Autre. Selon Nietzsche, le péché originel est la science, car la science c'est le pouvoir, si bien que « la science est la chose interdite en soi » (Nietzsche, 1996, p.106). C'est surtout l'accès au savoir en tant qu'il permettrait d'obtenir la vérité absolue, qui serait interdit. Dans la Bible, la douleur est un châtement pour quiconque douterait de sa foi en Dieu, figure de l'omniscience. Seul Dieu sait. Cette analyse nous la réalisons à partir de trois lectures de textes bibliques.

Dans la genèse, Adam et Eve découvrent la honte et la souffrance pour avoir souhaité destituer Dieu de son omniscience. Le serpent (Satan) l'atteste : accéder à la connaissance en ferait des Dieux. La douleur est une épreuve d'Homme pour avoir voulu être un Dieu omniscient. « Le jour où vous en mangerez, vos yeux s'ouvriront [...] vous serez comme des Dieux, connaissant le bien et le mal » (La Sainte Bible, 1893, p.6). Pour cette trahison, tous deux ont écopé de la punition divine : exil, douleur et souffrance pour le reste de leur existence de mortels. Dieu est le seul Autre à qui rien ne manque. La punition divine est la conséquence du désir d'usurpation de son omniscience. « L'homme même était devenu sa plus grande méprise, il s'était créé un rival, la science rend l'égal de Dieu – c'en est fini des prêtres et des dieux quand l'homme devient homme de science » (Nietzsche, 1996, p.106). La science se rend coupable de la mort de Dieu, comme figure du savoir. La loi suprême de Dieu exige une dévotion absolue, une confiance aveugle en son savoir. Dans « Bénédiction et malédictions », il est écrit : « Si tu obéis à la voix de l'Eternel, ton Dieu, en observant et en mettant en pratique tous ces commandements que je prescris aujourd'hui, l'Eternel, ton Dieu, te donnera la supériorité sur toutes les nations de la terre » (La Sainte Bible, 1893, p.323-324). Le commandement de Moïse au peuple d'Israël dévoile le prix à payer pour obtenir les faveurs de Dieu. Celui-ci met à l'épreuve la dévotion que lui porte l'Homme, à travers le savoir, non qu'il lui suppose (sinon, il serait un Sujet Supposé Savoir), mais qu'il doit lui attribuer de façon univoque et totalitaire. Ceux qui n'obéissent pas à la loi de Dieu, c'est-à-dire à la loi émanant de sa volonté impénétrable sont punis. Or, la loi de Dieu n'est pas la loi des Hommes. Dieu ne représente pas la loi, il l'incarne.

L'histoire de Job enseigne sur la douleur et son lien intime avec la foi. Elle n'est pas une punition divine infligée aux Hommes les moins méritants ou croyants. Devant un Satan provocateur, Dieu décide de laisser le sort de Job entre ses mains, afin de lui prouver que son serviteur est doté d'une foi sans failles. Malgré les nombreuses épreuves que Satan lui afflige et que Dieu laisse faire, sa foi est restée identique comme au premier jour. « Nous recevons de Dieu le bien, et nous ne recevons pas aussi le mal ! » (La Sainte Bible, 1893, p.791). Jusqu'au moment, où après sept jours et nuits de silence, entourés de ses trois amis, il se mit à douter. En réponse à Eliphaz : « oh ! s'il était possible de peser ma douleur, et si toutes mes calamités étaient sur la balance, elles seraient plus pesantes que le sable de la mer : voilà pourquoi mes paroles vont jusqu'à la folie ! » (La Sainte Bible, p.795).

En réponse à Bildad : « je dis à Dieu : ne me condamne pas ! fais-moi savoir pourquoi tu me prends à partie ! » (La Sainte Bible, p.801). Sa douleur est d'autant plus dévastatrice que les motivations de son Dieu lui échappent. La douleur est d'autant plus grande qu'elle est frappée d'injustices et de doutes : « Je suis innocent, et Dieu me refuse justice ; j'ai raison, et je passe pour un menteur ; ma plaie est douloureuse, et je suis sans péché » (La Sainte Bible, p.835). Soudain, Dieu prit la parole : « qui est celui qui obscurcit mes desseins par des discours sans intelligence ? » (La Sainte Bible, p.841). Les voies du Seigneur sont impénétrables. Job dans son impuissance, sa petitesse d'Homme et sa repentance finit par se rendre à l'évidence que Dieu est omnipotent. « Seule la douleur ressaisie comme une expérience personnelle affectée d'une signification peut être assumée » (Le Breton, 2012, p.88).

La morale de l'histoire de Job est la même que celle qui a condamné Adam et Eve à devenir des Hommes mortels et à endurer souffrances et douleurs. Job a vécu son sort comme une punition, alors qu'il aurait dû garder la foi. Eve pour avoir voulu prendre la place de Dieu (son omniscience) condamne la femme à enfanter dans la douleur. Dieu possède le savoir et ce savoir est indépendant de toute action sur terre. La douleur est une épreuve d'Homme pour avoir voulu être omniscient et c'est au moment où Job retrouve sa foi que sa douleur redevient supportable.

Le savoir médical est venu modifier le sens spirituel de la douleur. Avec les progrès de la science, il n'est plus toléré de souffrir. Mais lorsque la science reste muette à l'énigme que la douleur chronique représente, la douleur éprouvée, rabattue du côté réel, prise dans le non-sens, devient intolérable. Cet appauvrissement symbolique est contingent à la perte de la foi qui permettait d'endurer la douleur. Dieu est mort et avec lui le symbole de la castration (Nietzsche, 1883). « Dépouillée de ses vertus morales et de son rapport au Divin, la douleur, tant physique que psychique, se retrouve alors dénuée de sens » (Porte, 1999, p.152). Cela la rend d'autant plus menaçante pour le sentiment d'identité.

La perte de sens est aussi liée à ce que le sujet fait de la douleur. Pour Le Breton (2010), la douleur subie est à différencier de la douleur contrôlée, comme le font les sportifs ou les individus dans les peuples traditionnels, qui accomplissent des rituels de passages, ou dont la maladie est élective, comme chez les Chamanes. « L'individu fait ainsi œuvre de son corps en s'infligeant une épreuve personnelle et en ressentant la douleur mais en sachant qu'il peut y mettre un terme à sa guise » (Le Breton, 2010, p.28). Ceci appuie d'autant plus qu'une douleur subie est une douleur hors-sens impossible à intégrer d'un point de vue psychique et que par conséquent, elle reste difficilement supportable.

Désormais, lorsque la médecine échoue à donner du sens à la maladie, l'idée d'un mal mérité prend la place d'un vide de sens. « L'idée de la maladie méritée, de la souffrance venant punir la conduite réprouvée d'un individu est encore profondément enracinée dans les consciences contemporaines » (Le Breton, 1993, p.105). Cette représentation de la maladie est concomitante d'un sentiment de culpabilité, qui se forme à partir de la crainte de la déception de l'autorité divine. La culpabilité est ainsi devenue le moteur de notre société occidentale contemporaine (Berque, 1983). Freud (1924) étudie avec l'histoire du totémisme cette culpabilité inconsciente qui se manifeste par un besoin de punition. Celui-ci marque encore plus la force radicale d'anéantissement du sujet (Nayrou & Papageorgiou, 2011, p.7). Selon Freud, dans l'ontogenèse du développement, le sentiment de culpabilité se forme à partir de la crainte de l'autorité parentale et s'étaye sur un héritage phylogénétique de la crainte devant l'autorité divine. Si la culpabilité est nécessaire pour l'enfant dans sa recherche de reconnaissance et d'amour envers ses parents qu'il ne souhaite pas décevoir, elle peut également devenir pathologique.

Certains auteurs s'accordent à penser qu'il existe une forme pathologique du sentiment de culpabilité dans les processus de somatisation (Donabédian, 2011 ; Nayrou & Papageorgiou, 2011). La douleur incarnerait alors l'objet le plus adéquat pour répondre à ce besoin de punition, abaissant ainsi l'angoisse de culpabilité (Nasio, 1996). Donabédian (2011) pense que le patient somatisant fait référence à un besoin d'autopunition dans un contexte masochique moral et pour Nayrou & Papageorgiou (2011), cette culpabilité est la conséquence d'une angoisse diffuse caractéristique de la pression d'un moi idéal rigoureux et d'une économie masochique pas suffisamment bien organisée.

2. Du corps érotisé au corps de jouissance

« Le malade est un être humain qui souffre dans son corps. C'est-à-dire qu'il se rend compte, qu'il prend conscience que quelque chose dans son corps s'est modifié de façon pénible » (Israël, 2005, p.85). Le corps ne se réduit pas à de la chair, des viscères ou des organes. Comprendre les dysfonctionnements du corps c'est également accepter que ce corps ne soit pas qu'un corps biologique mais qu'il contient une épaisseur fantasmatique, façonnée à partir des échanges sensoriels et émotionnels survenus dans l'enfance. Les sensations corporelles se fondent sur une « multiplicité d'inscription imaginaires et symboliques, où il n'est de corps que psychisé et symbolisé » (Ayouch, 2014, p.2). Les représentations communes du corps contemporain et de la douleur, ainsi que la primauté de l'objectivité sur la subjectivité, fondent l'essence même de l'approche et du regard que la société porte sur le corps et la maladie. La douleur chronique pose des difficultés majeures dans notre société, car là, quelque chose échappe, aussi bien du côté de celui qui endure la douleur que du côté du professionnel.

2.1. Naissance du corps psychique : entre imaginaire et symbolique

Selon Freud (1905) et Dejours (1989), un corps libidinal se superpose au corps biologique. Ce processus de superposition des corps est expliqué par le phénomène de subversion libidinale et elle opère par l'intermédiaire de la pulsion, car elle s'étaye sur la fonction physiologique de l'organe (Freud, 1905). L'investissement affectif maternel est la condition essentielle pour que le corps psychique puisse se constituer. C'est à travers les affects circulant au moment de la satisfaction physiologique que l'excitation interne (ex. causée par la faim) se fait pulsion, en tant qu'elle est « le représentant psychique d'une source continue d'excitations provenant de l'intérieur de l'organisme » (Chemama & Vandermersch, 2009). Lacan (1975) parle de la pulsion comme d'un écho dans le corps qui résonne par les mots, le dire, et pour que ce dire entre en résonnance avec un corps, « il faut que le corps y soit sensible » (Lacan, p.11).

Lorsque le dire ne résonne pas ou quand le silence fait place dans la relation mère-enfant, le corps psychique, relationnel, ne peut se constituer. Il ne peut subsister qu'un corps en proie à une jouissance dévastatrice (Lacan, 1975 ; Tysebaert, 2001), c'est ce qu'illustre le mythe de Narcisse. Dans ce mythe, la voix d'Echo, sa bien-aimée, se perd. Elle ne trouve pas d'arrimage pour se faire écho dans le corps de Narcisse, de sorte qu'il est pour ainsi dire un personnage de la pure culture de la jouissance (Joly, 2016). La subjectivité se construit donc dans un lien à l'Autre, dans un rapport de dépendance. On comprend comment la naissance de ce corps érogène et avec lui de la subjectivité est intimement lié à la qualité de la relation précoce à la mère. Ses gestes, ses désirs, ses affects, et la manière dont elle répond aux sollicitations de son enfant, sont déterminants dans sa construction subjective.

Selon Dejours (2005, p.86), « le desétayage de la pulsion sur la fonction semble capable de faciliter une somatisation ». Son hypothèse est que « si la subversion libidinale n'octroie pas à proprement parler un supplément de solidité au fonctionnement physiologique, en tout cas le desétayage, lui, semble relativement dangereux pour la santé du corps » (Dejours, p. 86). Il prend le parti pris de ne pas s'attacher au repérage de la structure psychique dans laquelle se manifeste la somatisation, mais de considérer que lorsque le symptôme touche au corps, il ne peut ainsi être vécu que comme une souffrance (Dejours, 2005, p.98). C'est le corps qui fait limite pour le sujet. Selon Nasio (2007), le corps de la psychanalyse ne peut être qu'un corps fantasmé, car il s'inscrit dans une histoire personnelle et un échange affectif. « Mon corps est toujours fantasmé, mais quand je le ressens, il prend le statut de réel ; quand je le vois, il prend le statut d'imaginaire ; et quand il provoque un changement dans ma vie, il prend le statut de signifiant. Voilà les trois états de notre corps fantasmé » (Nasio, 2013, p.111). Ce corps fantasmé, est donc tout à la fois réel, imaginaire et symbolique.

Le Breton (1992) perçoit le corps comme le produit d'un discours social et familial. Il est fondamentalement une structure symbolique, une projection susceptible de rallier les formes culturelles les plus larges. Lacan (1968) propose de considérer le symbolique, en psychanalyse, comme l'Un, un tout. Il est convoqué là où la science échoue à répondre : les origines, la mort, la douleur. Or, avec les progrès scientifiques, la dimension symbolique n'apporte plus d'éléments satisfaisants sur la compréhension du monde.

Quant à Nasio (2007), le corps symbolique est celui qui est nommé par l'Autre Il est séparé de la jouissance par l'opération signifiante. Il est donc un corps nommé, comptabilisé, différencié, qui peut faire fonctionner un symptôme. Il est un corps signifiant, qui porte la marque du désir de l'Autre et de sa castration (Castanet, 2004).

Le corps imaginaire est par définition une image et se rapporte selon Nasio (2013), à l'image perçue dans le miroir, non dans ses détails physiques, mais une silhouette, comme le verrait un enfant de huit mois. Cette image de soi est une image narcissique archaïque : c'est l'image spéculaire, édifiée au moment structural du Stade du miroir (Lacan, 1936, 1949). Elle est une image visible par soi, par l'autre, à travers le miroir, mais également à travers une photographie, un dessin, un regard. L'image de soi n'appartient pas au sujet, mais aux autres. Elle permet de se faire une représentation de l'individu. L'image de soi est donc constamment irriguée par tous les regards qui se portent sur elle. Ce corps image est instable. Lors de la maladie, elle est nécessairement abîmée, car « la maladie introduit une faille dans l'image que l'individu avait de lui-même » (Israël, 2005, p214). « Le corps traverse en même temps qu'il est traversé par l'enjeu narcissique » (Joly, 2016, p.32-33), c'est-à-dire qu'il n'existe que dans sa profonde aliénation au regard de l'Autre. Celui-ci est narcissisant ou au contraire, à l'origine de profondes blessures et fragilités. « Le corps est finalement et assez extraordinairement légèrement négligé, oublié, mésestimé, ou seulement mesuré à l'endroit de sa Gestalt, de son image de sa fixation spéculaire et imaginaire dans une représentation » (Joly, p.45). Actuellement, ce corps imaginaire est le fruit de fantasmes, devenus à quelques égards une réalité. Grâce à la chirurgie, le corps image non satisfaisant à son propre regard est transformable et peut ainsi surpasser l'homme biologique, c'est l'homme augmenté (Kiefer, 2013).

Nous pouvons nous interroger sur les effets de cette transformation de l'image puisqu'elle est par définition instable, irriguée par les regards Autres et qu'elle est donc encline à ne jamais pouvoir être totalement satisfaisante.

2.2. Le corps réel insaisissable : un corps pour jouir

Le progrès des sciences se veut au service de la compréhension du réel. Le cadavre est un réel, un corps réduit à sa plus pure substance (Le Breton, 1990 ; Lacan, 1969), qui a permis de grandes avancées sur le plan médical et la compréhension de la physiologie du corps. Pour la psychanalyse, le corps réel est défini dans sa nature et sa fonction. D'un point de vue de sa nature, Castanet (2004) et Nasio (2007) nomment corps réel, celui qui est habité de sensations. C'est le corps vivant, vécu et ressenti. Il est à la fois corps de sensations, de désirs et de jouissance. Le corps érogène et libidinal est rabattu du côté du réel, car, même s'il est ressenti, la vie qui demeure en lui échappe à la connaissance. Il y a une conscience du ressenti, mais ce qui se passe à l'intérieur demeure un impénétrable mystère (Nasio, 2013, p.113).

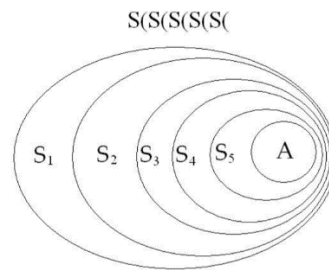
Selon Razon, Spiess & Chevalerias (2014), ce corps réel contemporain, déshabité par le désir et la pulsion, est réduit à un corps de jouissance, qui résiste au savoir qui prétend le maîtriser. Ce corps de jouissance, Lacan et Valas (2009) en parlent comme celui qui est tiraillé à l'extrême : extrême tension ou extrême plaisir, car il n'est pas limité par le symbolique. C'est le fantasme du corps-machine réparable que le discours médical véhicule, qui participerait à écarter la jouissance de la relation du médecin avec le corps, bien qu'elle renferme un savoir inconscient. En effet, un corps entièrement déchiffrable ne contient par essence aucune substance jouissante, puisque c'est la jouissance qui confère au corps une dimension de réel insaisissable. C'est ce que Lacan (1966) entend lorsqu'il parle du rapport épistémologique-somatique dans la *Conférence et débat du Collège de Médecine à La Salpêtrière : Cahiers du Collège de Médecine*. Il dit que dans ce rapport il faudrait introduire une faille puisque la demande des malades serait radicalement séparée de leur désir, selon ses propres observations. Cette faille épistémologique-somatique est en fait une faille dans le savoir. La prise en considération de cette faille serait un progrès de la science selon lui, surtout en ce qui concerne la médecine et son rapport au corps. Cela veut dire qu'il faudrait introduire du doute dans le savoir sur le corps, mais ce doute serait en fait lié au savoir inconscient qui se jouit dans le corps.

Toute la théorie lacanienne (1968, 1975) renvoie la jouissance à la substance conceptuelle centrale de la psychanalyse, puisqu'elle permet d'introduire la fonction du plus-de-jouir, désigné par la lettre *a*. Elle concerne la « fonction de la renonciation à la jouissance sous l'effet du discours » (Lacan, 2006, p.19). Cette renonciation représente le savoir irrémédiablement perdu à chaque moment de renonciation dans la construction subjective, ce que la psychanalyse nomme la castration. En même temps, elle signe l'entrée dans le langage et le champ symbolique. Par conséquent, sans cette chute, le sujet désirant est d'emblée exclu, c'est pourquoi Lacan dit que jouissance et objet (*a*) se représentent. La jouissance Autre est celle d'avant la castration. Avec la traversée de l'Œdipe et la constitution du surmoi, elle a été refoulée, car comme jouissance, elle ne convient pas au rapport sexuel (Lacan, 1975), c'est-à-dire qu'il n'y a pas de rapport d'équivalence entre les sexes.

Le refoulement de la jouissance Autre rend donc possible l'instauration de l'objet (*a*) au cœur de la structure, comme cause du désir (désir de savoir), autour duquel il tourne, et elle est marquée par le trou de la castration qui la borne et la soumet à une limite, celle du manque. Le sujet divisé ne s'institue que dans la mesure où la jouissance est amputée par le langage, si bien que Lacan postule à l'existence de deux sujets : le sujet de la jouissance et le sujet divisé par la marque (Lacan, 1969). C'est la division du sujet qui donne à la fonction du savoir sa portée.

La chute de la jouissance originelle (*a*) pose l'Autre comme lieu du savoir, qui inscrit le sujet dans une répétition inconsciente. C'est pourquoi, le sujet ne cesse de demander à l'Autre un savoir sur sa part énigmatique en lui bien qu'il ne détienne pas ce savoir. Le schéma ci-dessous (figure 1) montre la prise du \$ avec l'Autre dans cette répétition inconsciente de la demande. « Le grand A ne contient que des S1, S2, S3 qui tous sont distincts de ce que grand A représente comme signifiant » (Lacan, 1968, p. 84). En d'autres termes, A est bien le lieu des signifiants et du Code, mais il n'est pas le détenteur de ce savoir.

Figure 1



Source : Lacan, 1968

Il semble se dégager deux choses dans le rapport du sujet à la jouissance et à la douleur.

D'une part, un corps pour jouir, pour se mouvoir, pour s'éprouver, non dans la douleur, mais dans une limite où le désir tient la jouissance à distance. Sa demande est alors vouée à pouvoir récupérer son corps pour « faire », dont il aurait la jouissance. Cette jouissance est marquée par la castration : c'est la jouissance phallique.

D'autre part, le sujet demande un savoir sur la jouissance de son corps. Et, dans ce cas, il s'agit d'un savoir sur une jouissance perdue (Autre), qui lui échappe constamment. De plus, le corps affecté par les phénomènes psychosomatiques serait plutôt du côté de la monstration (du réel) que de la représentation (du symbolique) (Castanet, 2004). Il serait ce corps qui se jouit mais ne se lit pas.

Le corps pris dans la douleur semble être ce corps réel, en proie à cette jouissance Autre.

3. De la douleur à la souffrance

La douleur, résistante au soulagement, échappe à la maîtrise et au savoir médical. Elle serait ainsi le mauvais objet d'une société, qui promet le droit à la santé, en même temps qu'elle fragilise les assises narcissiques et identitaires des individus concernés. La perte de sens dans la douleur chronique serait aussi arrimée à ce savoir déchu, fruit d'un clivage corps-psyché persistant dans notre société, comme si le sujet ne souffrait pas de sa douleur, comme s'il n'y avait aucune incidence psychique, comme si l'être humain n'était pas une unité psychocorporelle. L'impasse de la médecine à soigner certains types de douleurs persistantes est probablement en lien avec l'occultation de la dimension de souffrance qui accompagne la douleur. Pourtant, la souffrance est première (Vasse, 1983 ; Cloès, 2007). « Raisonnablement, il semble délicat d'ôter la racine de la souffrance à l'aide de pilules si elle s'origine au plus profond de l'être » (Cloès, p.32). De prime abord, il nous paraît plus à propos de parler de souffrance et de venir interroger l'intime du sujet dans son rapport à la douleur. Plus encore, parler de souffrance ne réduirait pas la douleur à une cause, qui serait plus ou moins légitime.

Le Breton (2018) perçoit la souffrance de l'individu douloureux, comme ce qu'il fait de sa douleur, le sens qu'il y met. Mais parler de la souffrance est-il approprié ? Entend-on, en psychanalyse, la souffrance comme ce qui fait mal ou comme le dit l'auteur : « j'appelle « souffrance » le degré de pénibilité de la douleur » (Le Breton, p.46) ? Cette distinction n'est pas superficielle au sens où dans la souffrance il y a de l'Autre.

3.1. Douleur et souffrance : repères métapsychologiques freudien

Cloès (2007) pense que la difficulté à comprendre la douleur du sujet est liée à sa proximité avec le terme de souffrance. Le discours médical moderne aurait participé au flou sémantique conduisant au télescopage de ces deux termes : douleur et souffrance. Dans les classifications médicales, les définitions de la douleur évoluent constamment, dans l'idée que redéfinir l'objet d'investigation permettrait une meilleure prise en charge, mais n'appuie pas sur la dimension subjective de la douleur. Pourtant, la douleur flirte avec le psychisme, car il n'est de douleur que d'exister pour le sujet (Croix, 2004 ; Cloès, 2007 ; Tapia & Bertrand, 2017). Si la douleur n'était pas l'expression psychique d'un danger, d'une blessure ou d'une lésion, on ne pourrait pas la ressentir.

Pour Croix (2014), les difficultés à repérer leurs spécificités reposent sur les traductions, utilisant de façon anarchique *Leid*, la souffrance, et *Schmerz*, la douleur. Néanmoins, Freud distingue bien la douleur psychique (*seelischen Schmerzen*) de la souffrance (*Leid*). C'est ce que constate Cloès (2007) dans sa thèse et Croix (2014) dans un article dédié à *La place de la douleur au cours de la naissance de la psychanalyse*. Ces confusions ont eu des effets sur la place octroyée à la douleur psychique dans la psychanalyse au bénéfice de la souffrance. Et, comme le dit Croix (2014, p.18-19) :

« Cette place spécifique de la douleur dans la théorisation freudienne ne la quittera pas. Il faut simplement consulter l'index allemand de l'œuvre du père autrichien à l'entrée pour s'en rendre véritablement compte, car les traductions françaises ont toutes nié et/ou refoulé la douleur comme question essentielle de et pour la psychanalyse ».

En partant de ces problèmes de traduction, nous avons souhaité creuser dans un autre ouvrage pour comparer et appuyer ce que Croix (2014) a réalisé avec *l'Esquisse d'une psychologie scientifique*. Nous nous sommes appuyée sur les *Etudes sur l'hystérie* (1895), car la douleur y est largement dépliée. Nous avons utilisé une version originale dématérialisée et une version française, s'appuyant sur la traduction de Bernam (1956), puisque, selon Croix (2014), c'est Bernam qui aurait participé à la confusion entre les deux notions, liée aux choix des traductions dans *l'Esquisse d'une psychologie scientifique*. Croix constate l'utilisation indifférenciée des termes douleur ou souffrance, bien que cet ouvrage soit une référence pour la conceptualisation de la douleur.

Lors de la recherche des occurrences dans le texte dématérialisé des *Etudes sur l'hystérie*, nous retrouvons la racine du mot « *Schmerz* » 282 fois dans l'ensemble de l'ouvrage. En comparaison, le terme « *Leid* » (4) et ses déclinaisons « *Leiden* » (40), « *leidens* » (14) et « *erleiden* » (5) apparaissent 63 fois. Freud utilise « *Schmerz* » accompagné par deux variables, selon leur valence psychique ou physique. Ces dernières sont déclinées par l'emploi de plusieurs adjectifs *seelischen* ou *psychischen*, comme par exemple, « *großen psychischen Schmerz* » ; « *seelischer Schmerz* » (Freud, 1952, p.233), pour évoquer les douleurs psychiques ; *körperlichen*, *organische*, *physischem* ou *somatischer*, comme par exemple, « *körperlichen Schmerz* » (Freud, p.233) ; « *physischem Schmerz* » (Freud p.244) ; « *somatischer Schmerz* » (Freud, p.283), ou en apportant des précisions quant à la localisation (par exemple, « *Augenschmerz* » (Freud, p.129), pour désigner les douleurs corporelles. Enfin, il utilise *Leid*, le plus souvent comme verbe, afin d'appuyer la dimension de peine, d'endurance, de tristesse, en d'autres termes, le vécu émotionnel qui accompagne la douleur physique ou psychique.

Bien que la délimitation des termes en Allemand paraisse relativement claire, Bernam traduit de façon anarchique les différentes composantes de la douleur. Sans entrer dans une analyse approfondie, voici quelques repères que nous souhaitons exposer.

Dans l'œuvre originale, « *Gesammelte Werke* », Freud (1952, p.86) dit : « ... *wie etwa ein im wachen Bewußtsein erinnertes psychischer Schmerz noch in später Zeit die Tränensekretion hervorruft: der Hysterische leide größtenteils an Reminiszenzen* ». Freud évoque d'abord la remémoration d'une douleur psychique (*psychischer Schmerz*), puis la souffrance de l'hystérique, qu'il désigne par le verbe *leiden*. Dans la version française, nous lisons : «... à la façon d'une souffrance morale, qui, remémorée, peut encore tardivement, à l'état de conscience claire, provoquer une sécrétion de larmes : c'est de réminiscence surtout que souffre l'hystérique » (Freud, 1981, p.5). Dans cette version, la traductrice choisit de traduire les deux termes allemands par la souffrance et ne les distingue plus, comme Freud, dans son texte original. Cet autre passage : « *am 1. Mai 1889 wurde ich der Arzt einer etwa vierzigjährigen Dame, deren Leiden wie deren Persönlichkeit mir so viel Interesse einflößten...* » (Freud, 1952, p.99), est traduit par : « Le 1er mai 1889, je fus appelé à donner mes soins à une dame d'environ 40 ans dont la maladie autant que la personnalité m'inspirèrent tant d'intérêt... » (Freud, 1981, p.35). A la place de : « dont les souffrances », la traductrice préfère écrire « dont la maladie ».

De même, lorsque Freud dit : « *Warum mußten gerade die Schmerzen in den Beinen die Vertretung des seelischen Schmerzes übernehmen?* » (Freud, 1952, p.242). Cela est traduit par : « Pourquoi donc des douleurs dans les jambes sont-elles venues remplacer une souffrance morale ? » (Freud, 1981, p.139). Bernam utilise « souffrance morale » pour traduire « *seelischen Schmerzes* », alors qu'elle aurait pu le traduire par « douleur psychique ». Cette substitution amène à une confusion sémantique, qui consiste à substituer à la douleur psychique la souffrance. Pourtant, Freud les distingue de façon claire. Par ailleurs, *Leid* est également employé pour désigner une affection (physique) ou une maladie, un état de santé : « *Die Gesundheit der Mutter war vielfach getrübt durch ein Augenleiden und auch durch nervöse Zustände* » (Freud, 1952, p.201), traduit par « l'état de santé de sa mère laissait beaucoup à désirer à cause d'une affection oculaire accompagnée de troubles nerveux » (Freud, 1981, p.110). Par ailleurs, dès qu'une occurrence est faite à une douleur physique, dans sa version originale, Freud associe « *Schmerz* » à une localisation corporelle : « *Beine, Augen, Zunge* ». « *Sie beklagt sich über Schmerz und Gefühllosigkeit im rechten Beine* » ; « elle se plaint de douleurs à la jambe » (Freud, 1952, p.118). « ... *einen Schmerz in der Zunge empfinde* » (Freud, p.121) ; « une douleur à la langue ressentie ». « *Mein Augenschmerz* » (Freud, p.129) ; « ma douleur des yeux ». « *Den Schmerz in den Beinen* » (Freud, p.210) ; « la douleur dans les jambes ».

Bien évidemment, ce travail mériterait de couvrir l'ensemble de l'œuvre freudienne qui fait référence à la douleur et à la souffrance, mais ce n'est pas l'objectif de la thèse.

De plus, la douleur est par nature consciente contrairement à la souffrance qui peut rester inconsciente. « Si nous parlons de douleur plus que de souffrance c'est en général d'abord parce que nous en avons conscience » (Croix, 2014, p.11) et qu'elle est localisable dans le corps. Elle semble donc s'inscrire dans le moment présent. Ce qui n'est pas sans intérêt pour notre recherche. C'est la différence sur laquelle statue la réflexion de Ricoeur (2013, p.14) :

« On s'accordera donc pour réserver le terme douleur à des affects ressentis comme localisés dans des organes particuliers du corps ou dans le corps tout entier, et le terme souffrance à des affects ouverts sur la réflexivité, le langage, le rapport à soi, le rapport à autrui, le rapport au sens, au questionnement ».

A partir des travaux de Cloès (2007), Croix (2014) ou encore Bertrand (2017), s'étayant plus largement sur une analyse fouillée de la place de la douleur et de la souffrance dans l'œuvre de Freud, on peut opérer une distinction à partir des investissements libidinaux. Le passage de la douleur à la souffrance est l'illustration au niveau métapsychologique, du passage de la pulsion du moi (narcissique) à la pulsion objectale, qui implique l'Autre.

Selon Bertrand (2017), la souffrance psychique peut se dire, se raconter, se verbaliser. Elle est issue d'un conflit névrotique, un conflit d'instance se mesurant uniquement sur l'échelle du plaisir-déplaisir. La douleur psychique est au-delà du principe de plaisir, pour reprendre l'hypothèse de Freud, car elle est issue d'un conflit qui oppose les pulsions de vie et de mort. « Elle n'a ni parole ni sens pour se dire » (Tapia & Bertrand, 2017, p.57). La douleur psychique est plus radicale que la souffrance, car c'est le moi qui est atteint. Elle est le résultat d'un désespoir qui éclate. Cette atteinte du moi est une atteinte narcissique, une hémorragie narcissique qui dépasse toutes les capacités de régulation. Elle se retrouve également dans la mélancolie, dans laquelle le moi se trouve considérablement affaibli.

3.2. La place de l'Autre dans la douleur : le cri-appel

D'après Nasio (1996), la douleur est ce qui se donne à entendre. Elle est intimement liée au cri, car il est à la fois son masque, autant qu'il lui donne sa consistance d'affect pénible, en tant que substance sonore. En effet, ce cri est une adresse mais fait également retour au sein du sujet par le son qu'il produit. En ce sens, la douleur est un signifiant, grâce à la matérialité sonore du langage. Sur le plan cognitif, le cri est une réaction-réflexe que le corps mobilise pour décharger la douleur qui accompagne l'action de mise en danger et sur le plan inconscient, il est un appel à l'Autre. En raison de la présence de l'ordre symbolique et du langage, préalablement institués, le cri de l'enfant ne peut pas être réduit à un signal, mais il appelle à une réponse.

Le cri permet également à l'enfant, pris dans le bain de langage, de former les premières bribes de son propre système symbolique (Lacan, 1994). Si le surgissement du cri appelle au réel, dès qu'il est réceptionné par l'Autre, il tombe dans le domaine du signifiant. Dès lors, il vient dire quelque chose du sujet. Pour le nourrisson, le cri a une fonction que Freud nomme « action-spécifique ». Il est pris dans le principe de réalité qui balise et donne une direction à l'énergie à dissiper. Par son cri, il modifie son environnement, afin que celui-ci puisse satisfaire son besoin, puisqu'il ne peut le faire lui-même. Si son cri est avant tout une décharge pour réduire ses tensions internes, il est surtout orienté vers son environnement, afin de le modifier.

La voix articulée de l'Autre traduit ce cri en parole et ce retour de la parole devient plus tard, la voix intérieure de son surmoi (Nasio, 1996, p.207). L'origine acoustique du surmoi est avancée par Freud en 1914 et il se forme dans la compréhension mutuelle du cri-appel (émetteur-récepteur) en parole articulée (récepteur-émetteur). Si le silence renvoie le cri dans les abîmes de l'inconscient, la douleur demeure du côté du corps réel, désarrimée de la psyché. Elle demeure douleur au lieu de devenir souffrance. Il y a de l'Autre dans la douleur mais ce lieu paraît clos. Pour le nourrisson, la mère est cet Autre primordial, qui est tout à la fois gage de stabilité et figure du changement (Lacan, 1959, p.521). La manière dont ces deux aspects de l'Autre sont vécus (stabilité et changement) est alors déterminante dans la construction du surmoi. L'Autre est également une figure de l'inconnu. « Celui-ci s'offre alors non plus comme un être semblable et humain mais comme une Chose inaccessible – Das Ding » et « la Chose, c'est la part inassimilable de l'Autre » (Nasio, 1996, p.208). La Chose freudienne c'est le réel. Le sujet interroge souvent le réel (ses origines, celles du monde, la vie et la mort). Il interroge ce qui est là, avant lui, pour pouvoir se représenter sa propre existence. « La Chose n'est rien d'autre qu'un vide absolu, impersonnel et commun aux deux partenaires du lien d'amour et du désir » (Nasio, p.208). La Chose sera toujours au centre de toute relation à l'Autre et aux autres, car il existera toujours de l'insondable en soi pour l'autre, et en l'autre pour soi. Mais la Chose est sans représentation, sans temporalité, sans corps et sans visage. Elle est absence (le réel).

L'Autre se compose ainsi de deux « fractions » : le semblable secourable et la Chose insondable. Le cri évoque tout autant l'appel au semblable que l'adresse à la Chose, perçue en l'Autre, mais qui renvoie au vide absolu en soi. Le cri qui appelle la Chose fait inexorablement face au silence. Retournant au silence, il est une violence pour le bébé en proie à sa jouissance, à l'instar du sujet de douleur, dont le cri, qui s'adresse au corps médical, est parfois réduit au silence. Il est probable que le cri de la douleur appelle la Chose et que l'absence de réponse médicale renvoie le sujet aux tourments de sa jouissance. Un cri, qui ne s'arrime pas dans le corps d'un Autre, ne peut faire écho à rien ; ni à de la compassion, ni à de l'empathie, ni à du soutien. Il témoigne ainsi de la violence d'être en proie à sa jouissance, fruit d'une inlassable répétition, dans laquelle il appelle la Chose.

II. ETIOPATHOGENIE DE LA DOULEUR EN PSYCHANALYSE

En psychanalyse, la douleur est un concept unifié depuis que Freud (1915) a l'intuition qu'entre la douleur psychique et la douleur physique existe un continuum, terme qu'il donne à propos du glissement qui peut s'opérer entre les deux formes de douleur. Si la forme aiguë de la douleur reste du côté du physiologique, sa forme chronique trouve une assise théorique en psychanalyse. Celle-ci est intriquée à la question de la douleur, devenue le point cardinal de la théorisation freudienne mais fruit également d'un vécu intime.

Dans l'ouvrage de Croix (2002), *La douleur en soi*, l'auteur revient sur les nombreuses douleurs que Freud endure, qu'il partage avec son ami Fliess dans ses correspondances et qui sont également rapportées par Schur, son médecin personnel. « En 1884, année de la première prise de cocaïne, Freud commence à souffrir d'une sciatique pendant quelques semaines » (Croix, 2002, p.89). Dans une lettre à sa fiancée, on apprend qu'il décide de renoncer à ses douleurs affreuses, comme simple effet de sa volonté. Son arrivée en 1882 dans le service de psychiatrie de Meynert influence son parcours professionnel, tourné désormais vers l'étude des maladies organiques du cerveau (Pewzner-Apeloig, 2020). En 1885, son stage à La Salpêtrière infléchit un tournant dans sa carrière. Dix années plus tard, il élabore une théorie des névroses pour explorer les maladies nerveuses. Ce changement de paradigme éclaire le désir d'un scientifique, mais sans doute aussi le besoin de trouver du sens à ses propres souffrances. Dans la théorie des névroses, il tente de distinguer, en fonction de l'étiologie mais également de la symptomatologie, les principales manifestations névrotiques (1896). Il sépare les névroses, hystérique et obsessionnelle, de la neurasthénie de Bénédict Morel, elle-même décomposée en neurasthénie et névrose d'angoisse (1896). Nous n'avons pas le souhait de procéder à une classification de la douleur, cette distinction est néanmoins importante pour notre travail de thèse. Nous allons plus particulièrement nous pencher sur l'hystérie ainsi que sur la névrose d'angoisse, car comme le souligne Freud « une similitude avec l'hystérie est produite par le fait que dans la névrose d'angoisse a lieu une sorte de conversion sur des sensations corporelles » (Freud, 1896, p.40). Ce découpage théorique permet de situer la douleur dans ses différentes manifestations et favorise la compréhension de sa nature, de ses mécanismes, ainsi que les différentes fonctions psychiques qu'elle peut prendre pour un sujet.

1. Freud et la douleur : retour aux fondements de la douleur en psychanalyse

1.1. Manifestations de la douleur dans les structures de la personnalité selon le découpage théorique freudien

En 1894, Freud repère que dans les psychonévroses de défenses, les sujets manifestent des symptômes somatiques d'origine psychique et sépare un an plus tard, les symptômes somatiques qui ne dérivent pas d'une source psychique. Il regroupe alors ces derniers dans les névroses d'angoisse en 1895. C'est sa rencontre avec Elisabeth Von R., qui amorce un tournant dans sa théorisation. La jeune femme présente des douleurs dans les muscles des jambes et a de grandes difficultés à marcher. C'est à ses nombreuses entrevues avec cette jeune femme que nous devons à Freud la célèbre maxime « la belle indifférence de l'hystérique ». Son attention n'est pas totalement portée sur ses douleurs, Freud pense donc à une préoccupation également psychique. De plus, ses expressions faciales, lors des pressions exercées aux endroits du corps douloureux, ne correspondent pas à une sensation de douleur normalement attendue. Pour autant, ses symptômes coïncident également avec ceux d'une pathologie purement organique, le rhumatisme musculaire chronique. Le diagnostic difficile à établir penche tout de même pour une névrose hystérique, avec mécanisme de conversion, s'étayant sur une altération organique des muscles, qui amplifie le phénomène douloureux (Freud, 1981). Il y aurait au départ une véritable douleur organique, mais il pense que ce sont des douleurs très répandues chez les êtres humains qui en font l'objet : douleurs dentaires, musculaires, rhumatismes, maux de tête (appelées actuellement douleurs fonctionnelles).

Dans ce cas spécifique, la douleur physique a servi à la névrose hystérique pouvant alors investir la partie organique lésée ou douloureuse. Il constate également que le mécanisme de symbolisation semble être à l'origine de la douleur physique. La représentation d'une expérience pénible ou menaçante est refoulée, alors que l'affect, qui lui est associé, est arraché de la représentation. L'affect sert à une innervation somatique et s'érige en statut de symptôme. Or, c'est bien la représentation désagréable qui est à l'origine du processus de conversion.

Dans un article intitulé *Quelques considérations pour une étude comparative des paralysies motrices organiques et hystériques*, écrit en 1893, Freud explique comment le Pr Charcot lui a confié le travail de comprendre ce qui distingue la paralysie organique de la paralysie hystérique. Dans cette petite étude, Freud conclue que dans la paralysie hystérique les symptômes sont excessifs et strictes, contrairement à la paralysie organique où le malade maintient un certain niveau de fonctionnalité. Par ailleurs, les symptômes de la paralysie hystérique sont anarchiques, alors que dans la paralysie organique, les zones touchées sont cohérentes par rapport à l'atteinte cérébrale. Deux cas spécifiques coexistent pour Freud (1895) : un déplacement par association d'un affect pénible dans le corps, dont l'origine organique de la douleur est première, et l'émergence d'une douleur physique d'origine psychique, engendrée par un acte de symbolisation. Il se demande alors si les symptômes hystériques ne devraient pas se rapporter qu'aux seuls cas où la douleur physique est d'origine psychique. Il rajoute la même année que la prédisposition à l'hystérie provient d'un excédent d'énergie qui doit être abrégé. L'hystérique a besoin d'être malade pour prouver aux autres l'étendue de sa souffrance.

Dans son texte, *Du bien-fondé à séparer de la neurasthénie un complexe de symptômes déterminés en tant que « névrose d'angoisse »* (1896), il observe une similitude entre névrose d'angoisse et hystérie dans un mécanisme qui s'apparente à la conversion de l'affect sur des sensations corporelles. La même année, dans *Nouvelles remarques sur les psychonévroses de défense*, Freud évoque la conversion comme la transposition dans le corps de l'excitation produite par une représentation inconciliable. Par ce déplacement d'affect, la menace de cette représentation est amoindrie.

Dans *La sexualité dans l'étiologie des névroses* (1898), Freud propose le terme de névroses actuelles, se référant à la névrose d'angoisse et à la neurasthénie, pour opposer ces états aux névroses de transfert. Ainsi, les névroses actuelles possèdent ce « caractère fondamental que la source d'excitation, la cause déclenchante du trouble, se trouve dans le domaine somatique, et non pas, comme dans l'hystérie, dans le domaine psychique » (Freud, p.225). Cette somme d'excitation transposée dans le corps suppose un clivage entre affect et représentation, qui s'opère par le refoulement. L'intuition qu'il formule en 1895 trouve son fondement théorique. La névrose d'angoisse est le pendant somatique de l'hystérie, car elle présente des similitudes avec les symptômes de conversion : hyperesthésies, dyspnées, points de pression, accès cardiaques et intensification de douleurs objectivées par une atteinte organique.

Dès 1916, Freud expose que dans les cas de névroses actuelles, les manifestations somatiques (céphalées, douleur, irritations d'un organe ou encore affaiblissement ou interruption d'une fonction), n'auraient aucune signification psychique, mais serait l'effet d'un dysfonctionnement mécanique, fonctionnel, purement organique. Ces symptômes de la névrose actuelle constitueraient le premier palier de désorganisation pouvant aboutir aux symptômes issus des psychonévroses de défense (hystérie, obsession, phobie). Celles-ci sont déterminées par un conflit d'ordre psychique et sont considérées comme une solution à la satisfaction libidinale jusque-là impossible, à cause des contraintes de la réalité extérieure. La satisfaction est alors réalisée sous le principe de plaisir, par la régression et la fixation psychique à des stades antérieurs du développement (Freud, 1916).

Dans son texte sur *La nervosité commune*, Freud constate deux choses importantes : « Le symptôme de la névrose actuelle constitue souvent le noyau et la phase préliminaire du symptôme psychonévrotique » et « par la condensation et le déplacement, ces douleurs sont devenues une satisfaction substitutive pour toute une série de fantaisies ou de souvenirs libidineux » (Freud, 1922a, p.474). Les douleurs somatiques sont semblables à une opportunité pour la problématique psychique de se saisir de l'innervation somatique pour déployer le symptôme psychique. Le noyau constitué par la névrose actuelle permet à la pulsion contrariée de trouver un mode de satisfaction immédiate. Il suppose aussi « qu'une altération corporelle morbide, par inflammation ou par lésion, éveille le travail de formation de symptôme, de telle sorte que le symptôme fourni par la réalité devient immédiatement le représentant de toutes les fantaisies inconscientes qui épiaient la première occasion de se manifester » (Freud, p.475).

La douleur somatique naît d'une alliance fortuite entre une pulsion interdite et un état douloureux quelconque. Cette réflexion qu'il mène pose la douleur comme le catalyseur de la névrose et le moyen pour le désir de se manifester. Ce lien entre une douleur physique et un affect psychique se forme par association, car il existe une contingence entre la douleur et l'affect, mais aussi entre la douleur physique et le contenu des représentations mentales, intuitions formulées dès 1914.

En effet, il constate que la personne affligée de douleurs organiques abandonne son intérêt pour les choses du monde extérieur. Ainsi, la distribution de la libido se modifie et se retire des objets extérieurs pour investir le moi, afin de disposer de l'ensemble de l'énergie psychique en vue de lutter contre la maladie. Ce contre-investissement indique la nature psychique de toute douleur corporelle (Nasio, 1996).

Dans *La théorie de la libido et le « narcissisme »*, Freud (1922b) ajoute l'hypocondrie aux névroses actuelles, qui présentent des perturbations libidinales s'enracinant dans le somatique et non le psychisme. Cependant, la réflexion freudienne demeure un champ ouvert, car de l'hypocondrie, il n'en dira que deux choses essentielles : un organe préoccupe le moi, sans qu'il soit perçu comme malade et elle serait la phase prodromique de la paraphrénie (Freud, p.510). L'hypocondrie n'est donc pas une psychose, selon Freud, mais peut y mener.

Pour Czermack (1985), l'hypocondrie s'apparente à une psychose. En 2009, Chemama et Vandermerch classent l'hypocondrie parmi les psychoses en psychiatrie, mais d'après Deyon et Souffir (2002, p.22), « l'hypocondrie ne trouve pas de place autonome dans la nosographie psychiatrique ». Cette exclusion du champ psychologique et, par la même occasion, son ancrage dans le domaine médical, s'expliqueraient par la plainte somatique que la personne hypocondriaque répète dans le cabinet du médecin. Cette exclusion procéderait également de sa dévalorisation. Dès la Renaissance, l'hypocondrie bascule dans la satire l'élevant au rang de maladie imaginaire, telle que la pièce de Molière l'illustre. Par conséquent, l'hypocondrie fait débat. Les difficultés à en faire une entité nosologique et psychopathologique portent à son paroxysme la complexité à définir où appréhender la douleur, bien que Célérier (2005) résout cette question en parlant de symptôme hypocondriaque qui se retrouverait dans tous les modes de fonctionnement psychiques et corporels. Le sujet hypocondriaque recherche la cause de sa douleur dans son corps (Célérier, 2005). Il est persuadé que l'origine de son mal est due à un dysfonctionnement interne ou à un danger externe qui aurait menacé son intégrité corporelle. Cela n'ôte pas le fait que sa douleur peut effectivement bien être la conséquence d'une pathologie ou d'un événement externe, sauf que toute la préoccupation du sujet finit par ne tourner qu'autour de la douleur.

Dechaud-Ferbus (2014) rencontre dans sa pratique des patients intolérants à l'excitation. Ils manifestent leur excitation à travers des formes diverses de douleur (crampes, tics, hypocondrie, etc), accompagnée d'une auto-observation. Elle suppose des difficultés liées au masochisme originaire, qui permet d'endurer les excitations et nomme pathologies de l'excitation ce que Freud a décrit par névroses narcissiques.

Dans le champ psychopathologique, l'hypocondrie présente des similitudes avec la paranoïa, intriquée à la dimension scopique. Celle-ci est interrogée dans l'auto-observation des sensations corporelles qui domine le tableau clinique de l'hypocondrie. Le regard est largement sollicité dans cette pathologie. « Ainsi, le sujet hypocondriaque s'auto-observe, et l'organe hypocondriaque sur son propre corps acquiert la valeur érogène d'un membre sexuel [...] on passe dans l'hypocondrie à un surinvestissement lié au non-investissement d'un objet primaire défaillant » (Dechaud-Ferbus, 2014, p.127).

Selon Brokmann (2012), l'hypocondrie relève d'une étiologie commune avec la mélancolie : la bile noire. Elle s'exprime dans la sphère psychique avec la mélancolie et dans la sphère somatique avec l'hypocondrie. Nous en parlerons lors de la mise en perspective du continuum freudien sur la douleur.

1.2. La douleur dans l'économie psychique

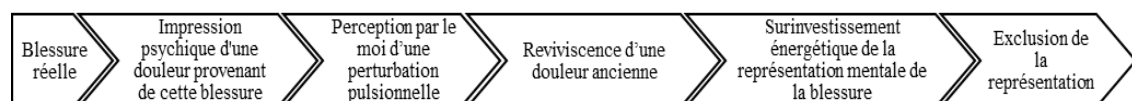
« L'énigme de la douleur se révèle dans son excès. Sa qualité foncière réside dans sa condition de démesure » (Smadja, 1999, p.26). L'origine de la douleur physique est à chercher dans le milieu exogène et son incidence psychique se situe au niveau de la redistribution de l'énergie libidinale (Freud, 1895 ; Croix 2002). La douleur est une réaction de l'organisme à l'irruption de grandes quantités de stimuli sensoriels d'origine exogène, même lorsque ces dernières agissent en faible quantité. En revanche, l'intensité de la douleur physique ne semble pas coïncider ou corrélée à l'intensité de la stimulation. La douleur provoque une brèche dans le dispositif de protection et des frayages permanents à l'intérieur de l'appareil psychique (Freud, 1895). L'événement exogène hostile produit l'élévation du niveau de déplaisir au niveau psychique qui engendre alors une douleur psychique.

Selon Nasio (1996), la douleur exprime une violente rupture du rythme pulsionnel habituel et rompt l'équilibre du moi d'un point de vue économique jusque-là maintenu. La douleur corporelle ne peut donc pas se mesurer sur l'échelle du plaisir-déplaisir, elle marque de son sceau son abrogation. Dès lors, elle se pose comme un au-delà du principe de plaisir. Nasio considère la douleur comme un objet de la pulsion, qui se situe au-delà du principe de plaisir, et remet ainsi en questionnement l'hypothèse freudienne de pseudo-pulsion.

C'est dans le texte sur le refoulement (1915) que Freud rapproche la douleur physique d'une pseudo-pulsion car elle est une « source d'excitation pour le psychisme, à l'instar de la pulsion » (Castro De Souza, 2014). Nasio pense que Freud entrevoit cette pseudo-pulsion comme un moyen de faire cesser l'altération de l'organe et le déplaisir qui l'accompagne.

Voici schématiquement comment Nasio (1996) se représente les causes psychiques de la douleur corporelle :

Figure 2



Le moi traduit cette rupture pulsionnelle par des affects conscients de déplaisir ou de douleur, c'est -à-dire qu'il s'en construit une représentation psychique comme le souligne l'auteur : « la douleur n'est pas dans la lésion, elle est dans le cerveau, pour la sensation douloureuse, et dans les soubassements du moi – dans le Ça – pour l'émotion douloureuse » (Nasio, p.41). Lors d'une lésion, d'un accident ou tout événement portant atteinte au corps, le moi perçoit la douleur, qui en résulte imaginaires au niveau de sa périphérie et l'imprime psychiquement en tant que représentation. Le sujet imagine alors que la douleur n'émane que de sa plaie et non de son inscription au niveau psychique et cognitif. Or, ce n'est pas la blessure qui a mal, mais le moi. La douleur s'enracine dans les racines de l'inconscient.

Cette hypothèse de la douleur comme la représentation psychique de la périphérie de l'endroit lésé s'apparente à celle de Freud. Il pense que pour lutter contre le traumatisme d'une douleur physique, l'organisme mobilise l'ensemble des ressources disponibles, afin de constituer dans le voisinage de la région où s'est produite l'irruption, une charge énergétique d'une intensité correspondante : une contre-charge. Celle-ci se trouve donc dans une région voisine de la zone touchée.

Les deux points de vue ne se contredisent pas. A notre sens, les auteurs évoquent des choses distinctes. Nasio parle de la représentation psychique de la douleur et Freud parle de douleur projetée, telles qu'elles sont abordées en médecine. Mais dans les deux hypothèses, on comprend que le but de l'organisme est de pouvoir lier l'énergie. Pour réagir à ce qu'il vit et perçoit comme une agression, le moi doit s'approprier cette douleur, non comme subie, mais comme un agir contre cette douleur. Cette hypothèse corrobore les observations anthropologiques de Le Breton sur les douleurs agies comme chez les sportifs ou dans certaines tribus qui font de la douleur un rituel symbolique.

Le moi se défend désormais contre cette douleur dont il a une représentation, en essayant de colmater la brèche qui s'est ouverte avec l'effraction de départ qu'elle a produite. « Il panse le symbole de sa blessure faute de pouvoir panser la blessure elle-même » (Nasio, 1996, p.62). Néanmoins, cette contre-charge très coûteuse se répercute sur les autres fonctions psychiques, qui sont alors diminuées voire immobilisées. Cette action de colmater l'effraction psychique engendre un excès d'investissement affectif de l'image de l'endroit lésé du corps et un tel excès compensatoire se traduit en douleur. Nasio rajoute que la représentation psychique est tant investie que cette charge énergétique provoque son exclusion du système des représentations. « La cohésion psychique disparaît alors et le moi doit maintenant fonctionner avec une structure déstabilisée par l'isolement d'une représentation au sein du système » (Nasio, p.63). Or, la représentation de l'endroit douloureux n'est pas une réplique exacte dans le psychisme de l'anatomie réelle, mais de l'anatomie imaginaire. Cette image fantasmée du corps est une image inconsciente du corps, qui est le lieu de la douleur, un lieu distinct du moi.

L'effraction psychique que provoque la douleur peut également favoriser le frayage d'un sentiment de culpabilité inconscient, issu d'une expérience passée (Nasio, 1996) ; « conséquence de la défaillance de l'objet lors de sa découverte inaugurale par le sujet, et responsable d'un profond noyau de masochisme primaire due à la conviction d'être mauvais et de mériter l'indifférence et la maltraitance de l'objet » (Ciccione, 1999, p.132). Ce frayage du sentiment de culpabilité peut permettre de mettre du sens à une douleur, qui ne trouve pas d'objectivité, selon les critères médicaux. Si les représentations de la culpabilité demeurent inconscientes, l'affect rattaché peut, quant à lui, subsister au niveau de la conscience sous la forme d'une angoisse diffuse. Cette dernière est très présente chez les individus présentant des désorganisations somatiques (Nayrou & Papageorgiou, 2011).

Ces difficultés de régulation de l'énergie psychique sont à interroger du côté de la qualité du masochisme. Le noyau masochique est l'endroit où les pulsions destructives sont liées aux pulsions de vie. Elles sont contenues et en même temps vouées à une possibilité de décharge. Selon Freud (1921, 1923), la pulsion de vie apprivoise la quantité majeure de l'énergie de la pulsion de mort (ou de destruction), en la dérivant vers les objets du monde externe, grâce à la musculature. C'est sous l'effet du surmoi qu'une partie de cette agressivité s'extériorise ou non, selon son niveau de rigidité et de permissivité. « Retenir l'agression est généralement malsain et a un effet pathogène » (Freud, 2012, p.15). La caractéristique de la pulsion de mort est sa satisfaction dans l'inertie et son usure dans la répétition (Croix, 2002). Celle-ci est structurale et régit la loi de l'inconscient. Elle permet à la pulsion son mouvement ainsi que l'accès au registre symbolique, ce que Freud démontre et théorise à travers le jeu du *fort da*, et des répétitions traumatiques, auxquelles les victimes sont soumises. La répétition est structurale, elle n'en est pas moins pathologique. La répétition engagée est alors plus symptomatologique que symbolique. La pulsion de mort ne pousse pas à l'union et aux excitations, donc à l'entropie caractéristique de toute forme de vie, mais pousse au repos, à la solitude et à la détente. Les jeux de liaisons et de déliaisons sont nécessaires pour permettre la souplesse des investissements objectaux et narcissiques.

Freud (1924) postule l'existence de trois formes de masochisme : moral, érogène et féminin. Le masochisme érogène est lié au plaisir éprouvé dans la douleur, car l'excitation sexuelle provient comme « effet marginal » dans de nombreux processus psychiques dont l'intensité dépasse une certaine limite quantitative, et il le suppose au fondement des deux autres formes de masochisme. On le retrouve donc dans toutes les phases du développement psycho-affectif du sujet (dévoration de la phase orale, désir de l'enfant battu du stade sadique-anal, fantasme de castration de la phase phallique, etc).

Cette coexcitation libidinale (plaisir et douleur), fruit de l'intrication pulsionnelle, est un mécanisme présent dans le développement psycho-affectif normal, sur lequel repose ce masochisme érogène. Freud pense que le masochisme moral est un sadisme retourné contre soi. Il procède d'une impossibilité à exercer ses pulsions de destruction sur un objet externe, qui se produit lors de la répression culturelle des pulsions. Plus cette répression est forte, plus la rétention de l'agressivité est forte et plus la conscience morale est sévère. Ce sont ces personnes qui se montrent tout particulièrement résistantes au processus de guérison. De cette façon, elles préservent intact leur sentiment de culpabilité ou besoin de punition, qui peut facilement s'endurer à travers une conduite masochiste.

Le masochisme permet de supporter l'absence de l'immédiateté de la satisfaction pulsionnelle, par le recours à l'autoérotisme ou à la douleur. « En effet, le masochisme est fonction de vie quand la douleur n'oblitére pas le retour de l'objet et en permet un certain dégageant » (Dechaud-Ferbus, 2015, p.134). En s'appuyant sur les travaux de Grunberger (1954), l'auteur rappelle que le masochisme est en relation étroite avec l'angoisse, provenant de la rencontre avec l'objet. Plus spécifiquement, le plaisir que cet objet pourrait lui procurer est toujours une source d'angoisse. En adoptant une position de déplaisir, le sujet peut préserver son objet et faire disparaître son angoisse. Cette position de déplaisir le maintient en victime, victime d'un Autre qui ne l'aime pas ou le traite mal. Cela rejoint l'hypothèse de Hassoun (1997) que le masochiste se soumet à la volonté d'un bourreau, afin de dénoncer son sadisme. La projection de l'agressivité sur un objet est en lien étroit avec la paranoïa, où l'Autre est toujours le responsable et le persécuteur.

D'après Lacan (1962), le masochiste apparaît quand le désir et la loi se conjuguent. Dans le masochisme, le désir n'est pas soumis à la Loi du Phallus, il la remplace. L'absence d'un Tiers le laisse en proie à un Surmoi féroce qui le précipite dans une soumission à l'autopunition permanente. C'est l'intrication des pulsions qui témoigne de l'instauration, dans le psychisme de la Loi. Le masochiste est soumis à son propre désir et ce désir est une mise en scène du véritable enjeu inconscient : convoquer le regard de l'Autre (Hassoun, 1997).

Dans la théorie freudienne (1915), le destin du retournement de la pulsion qui s'opère dans le sadisme-masochisme est également en lien avec la dimension du regard (regarder-être regardé). Le masochiste jouit d'être regardé en train de souffrir. Le masochisme est un appel à l'Autre et le regard devient l'objet (a), cause de ce désir, de façon exclusive. La douleur est-elle un appel à l'endroit du regard de l'Autre : « Vois-tu comme j'ai mal ? » ? La douleur est-elle une façon de dénoncer le sadisme d'un Autre « Vois-tu comme j'ai mal à cause de toi ? » ?

Le stade du miroir (Lacan, 1949), que nous développons dans le chapitre suivant, permet, à travers l'analyse de l'image de soi, d'appréhender cette dimension scopique.

1.3. Répercussions psychiques de la douleur

La douleur physique entraîne un désinvestissement objectal et un surinvestissement narcissique (Freud, 1920). Elle témoigne de la rupture de la souplesse psychique et de la force de déliaison de la pulsion de mort, dans le but, non pas de l'anéantissement du sujet, mais de sa sauvegarde ultime. L'ensemble de l'énergie psychique est au départ emmagasiné par le moi, la libido a donc des sources somatiques, ce qui se produit lors de l'excitation sexuelle. La libido est alors, en partie, sexualisée. C'est le narcissisme secondaire qui signe le retour de la libido objectale sur le moi. Tout part du moi, qui, en son sein, contient l'ensemble de l'énergie libidinale.

Au moment de l'intrication pulsionnelle, une partie de la libido est dérivée vers les objets extérieurs. Lors d'une effraction du pare-excitation, le moi rapatrie l'ensemble de l'énergie. Il est toutefois nécessaire de distinguer deux formes de retraits libidinaux, que Lacan éclaire en 1954, dans *Les écrits techniques de Freud*. La névrose actuelle et la névrose narcissique présentent toutes deux un retrait libidinal, qui est pourtant structurellement différent. Le retour de la libido est sublimé pour la première et provoque un engluement pour l'autre. Pour Freud (1922), la spécificité entre la névrose actuelle et de transfert, et la névrose narcissique, repose sur la nature de leurs tendances : sexuelles pour les premières et moïques pour les secondes.

Marty (1990) repère la persistance d'un moi idéal rigoureux dans la décompensation somatique, à la place d'une culpabilité œdipienne négociable et élaborable. Nayrou et Papageorgiou (2011), et Donabédian (2011) partagent ce constat. Un moi idéal plus ou moins rigoureux et une économie masochique plus ou moins bien organisée remplacent la culpabilité œdipienne dans la clinique des maladies somatiques. Ces sujets incapables de régler leur problématique psychique par une élaboration mentale entraîne la résolution du conflit dans le soma. La figure du moi idéal témoigne de l'immaturité du moi et persiste en tant que trait de caractère ou comportement à partir des images parentales idéalisées, indifférenciées, apulsionnelles ou antipulsionnelles (Marty, 1990 ; Nayrou & Papageorgiou, 2011). Sa présence marque la « toute-puissance du sujet vis-à-vis de lui-même » (Marty, 2014, p.47) et interroge la manière dont la castration est inscrite psychiquement.

Par ailleurs, Marty compare le moi idéal à une caricature de l'idéal du moi, sans nuances, témoignant d'exigences excessives du sujet par rapport à lui-même. « Le moi idéal dans sa forme la plus complexe constitue une instance désubjectivante du moi après l'identification à l'idéal du moi des parents » (Dobénadian, 2011, p.94). Le moi idéal est un aspect du narcissisme primaire qui témoigne de l'échec ou de l'insuffisance évolutive de l'appareil psychique (Marty, 1990 ; Nayrou & Papageorgiou, 2011). L'attachement que présentent certains sujets à l'égard de la douleur va de pair avec la démesure ; « la fameuse hybris - qui signe l'importance de la blessure narcissique inépuisable et que la douleur semble aider à circonscrire » (Press, 1999, p.65).

La démesure entretient des rapports étroits avec les pathologies du narcissisme. Ehrenberg (2010) constate que ces individus « narcissiques » n'ont pas d'initiative propre et dépendent d'une autorité à laquelle ils seraient soumis. De plus, ils s'érigent en fervent résistant à l'analyse (Green, 2007). Cette figure persistante du moi-idéal nous interroge quant à ses effets sur la résistance inconsciente des sujets douloureux chronique en situation d'échec thérapeutique.

2. Fonctions psychiques de la douleur et facteurs de chronicisation

2.1. Contituum de la douleur : de la mélancolie à l'hypocondrie

La douleur physique est le substitut d'une douleur morale (Freud, 1895 ; Assoun, 2006 ; Smadja, 1999). Cette hypothèse freudienne d'une douleur unifiée est véritablement questionnée en 1915, lorsqu'il aborde les similitudes entre deuil, mélancolie et douleur, et elle est portée à son terme en 1920. Le propre de la mélancolie est de pouvoir abandonner un objet d'amour défaillant, sans renoncer à la relation d'amour, et de pouvoir ensuite adresser ses reproches à cet objet, non dans la réalité extérieure, mais au sein même de sa propre réalité psychique. La plainte mélancolique est donc toujours une plainte contre un autre. Dans la douleur, le désinvestissement objectal sert à un surinvestissement narcissique de la représentation de l'endroit lésé ou ressenti comme tel. En 1920, Freud postule une analogie du point de vue économique entre la douleur physique et de la douleur psychique, et élabore ainsi un modèle de compréhension commun. Il constate en effet que la maladie organique peut interrompre des perturbations graves de la distribution libidinale comme dans la mélancolie.

« Quand le sujet est enfoncé dans la mélancolie, il a perdu jusqu'aux ressources d'expression somatique. Au point que l'apparition d'une maladie du corps (organique) vaut comme indice favorable du retour d'une sensibilité objectale. Comme si le corps mélancolique, frigidifié et pétrifié, se réveillait par l'événement de somatisation » (Assoun, 2006, p.125).

La douleur physique jugulerait ainsi l'hémorragie narcissique en concentrant la libido localement au lieu d'envahir l'ensemble du système moiïque. La conception métapsychologique unifiée de la douleur suppose que la voie somatique soit une solution économique pour pallier une charge affective ou émotionnelle, non élaborable et non symbolisable. Kapsambelis (2012) étaye l'hypothèse que l'hypocondrie et la mélancolie sont les deux versants d'un même processus : un surinvestissement libidinal somatique ou psychique. En d'autres termes, l'effraction psychique moiïque de la mélancolie serait stoppée par l'opportunité qui s'est présentée au moi de rapatrier l'énergie libidinal autour de l'endroit douloureux.

La littérature évoque le caractère pathologique du narcissisme dans la somatisation et dans la douleur (persistance d'un moi idéal, stase libidinale narcissique, absence de souplesse de la distribution libidinale). Porte (1999, p.157) suppose que la douleur provoquée correspond à un procédé auto-excitant cherchant à lutter contre un événement dépressif (essentiel), et, finalement, narcissique. Cette dépression est questionnée dans de nombreux travaux de la littérature psychanalytique. Compte tenu des hypothèses précédentes, nous supposons qu'il s'agirait de l'interruption d'une mélancolie ; d'une part, parce que la mélancolie présente de graves perturbations de la distribution et de la souplesse des investissements ; d'autre part, parce qu'elle présente un rapport à l'objet particulier, comme dans la douleur.

Ce modèle unique entre douleur physique et douleur psychique est mis en exergue par la forme que prend la douleur dans la mélancolie et dans l'hypocondrie, comme le soulève Brokmann (2012) : « la douleur morale du mélancolique prend la forme de douleur physique chez l'hypocondriaque, l'autoaccusation celle de la plainte accusatrice, l'envie de mourir celle de trouver le médecin sauveur » (Brokmann, p.384-385).

Dans l'hypocondrie, la douleur prend une place centrale. L'intérêt du malade est centré sur son corps dans l'inquiétude imaginaire d'une lésion. L'Heureux-Le-Beuf (2002) comprend l'hypocondrie comme une solution économique qui protège d'une désorganisation somatique plus grave, mais également d'une mélancolie ou d'une paranoïa délirante. A son terme, l'hypocondrie révèle une stase libidinale, et, par conséquent, un surinvestissement narcissique (Dechaud-Ferbus, 2014). Cette description rejoint l'hypothèse sur la douleur, en tant que le moi gère un afflux d'excitation en le liant à la représentation d'un endroit douloureux du corps de façon radicale. La stase énergétique maintient la sensation douloureuse dans le temps. Cette stase pathologique de la libido que l'on retrouve dans la douleur s'apparente à ce point de fixation.

D'après Deyon et Souffir (2002), l'hypocondrie empêche un désinvestissement objectal ou permet un enkystement de pertes d'objets déniées, hypothèse partagée par Célérier (2005), qui rajoute que l'investissement de l'organe malade ou douloureux prend la place d'un moi idéal altéré. « L'objet perdu est le corps d'avant, support du moi idéal » (Célérier, p.26). L'échec de la fonction maternelle à l'endroit de la gestion des excitations engendre une rigidité narcissique dans l'emploi de la libido. Sur le corps de l'hypocondrie se joue une scène originaire de lutte pulsionnelle, où la mère est absente à sa fonction de pare-excitation.

Cette absence amène à une auto-centration sur le corps propre. « Attirer le regard sur sa douleur serait rechercher le regard d'attention de l'objet » (Dechaud-Ferbus, p.127). Cette scrutation du regard sur un endroit ou un organe du corps canalise l'ensemble de l'énergie libidinale vers lui. C'est un véritable noyau de douleur érogénéisé, lieu d'une intrication de l'auto-érotisme et de la douleur. Comme le souligne Freud, la décompensation paranoïaque est fréquente et signe la fracture complète entre le corps et le psychisme. La décompensation somatique quant à elle a un effet contraire, elle soulage le sujet de ses préoccupations psychiques excessives. « Les préoccupations ou manifestations hypocondriaques témoignent de l'absence dans la psychose de la chute de l'objet a » (Chemama & Vandermersch, 2009, p.255). Dans l'hypocondrie, on assiste à la disparition du sujet, *l'aphanisis* à distinguer du *fading*, symbolique, qui suit l'accomplissement du désir. Le sujet hypocondriaque se pose lui-même comme objet (a) (Czermak, 1985). La douleur dans l'hypocondrie maintiendrait le sujet en position d'énigme face à l'Autre et inverserait ainsi la place de l'énigme qui se devrait se situer au niveau du désir de l'Autre. C'est une solution qui se manifeste de façon défensive.

La mélancolie procède de la désintrication pulsionnelle que la douleur viendrait résoudre. Le sujet douloureux saurait de quoi il souffre contrairement au mélancolique. La problématique mélancolique semble faire le lit de ce que questionnent différents auteurs à propos de la fonction de la douleur :

- (1) La douleur ravive l'objet interne perdu, en proie à un deuil interminable. En ravivant l'objet, la douleur interrompt la tristesse sans fond de ce deuil impossible.
- (2) La douleur est un pansement narcissique palliant une perte d'objet. Elle jugule une hémorragie narcissique. A la place d'un moi en perdition, la douleur permet à l'ensemble de l'énergie responsable de cette hémorragie, de se concentrer sur un point de fixation (la représentation de l'endroit lésé).
- (3) La douleur s'érige en objet phallique pour répondre à la jouissance de l'Autre. Elle incarne ainsi une limite à la jouissance, en tant que suppléance à la fonction du désir.
- (4) La douleur étaye une problématique narcissique primaire : perturbation de l'image spéculaire (moi idéal) et de l'image inconsciente du corps

Les fonctions de la douleur interrogent plus en profondeur ce qu'elles recouvrent d'une problématique, qui semble intimement liée au champ précœdipien. Nous rejoignons Pétiau (2006) sur ce point, la fonction de la douleur peut nous éclairer sur la fonction des résistances aux traitements allopathiques, car la place qu'occupe la douleur dans le fonctionnement psychique d'un sujet est suffisamment handicapante pour supposer qu'elle doit avoir une fonction et que cette fonction, il ne faut pas trop y toucher (Pétiau, p.36). Pour Defontaine-Catteau et Bioy (2013), les résistances observées dans le cadre des échecs de la prise en charge de certaines douleurs chroniques en témoignent. « Les douloureux se trouvent bloqués, par refus de la mutation et résistance à ce qu'elle implique » (Defontaine-Catteau & Bioy, p.71).

La fragilité narcissique étaye toute la problématique de la douleur et le caractère chronique de la douleur est favorisé par le dysfonctionnement durable de la régulation psychique de la libido, mais surtout sa fixité. La cristallisation de la libido sur le moi est pathologique. Elle détermine, en ce sens, une névrose narcissique, pour laquelle Freud (1922) pense qu'elle implique le narcissisme primaire de la prime enfance. Ses découvertes sont issues de ces observations sur la mélancolie, qui présente justement, un surinvestissement libidinal narcissique (Freud, 1915). Les hypothèses soulevées dans la littérature scientifique posent la douleur comme objet (a). Si la douleur est l'objet sacrificiel devant le désir insondable de l'Autre, le sujet devrait présenter un rapport spécifique à son image spéculaire.

Selon Porte (1999), la fonction de la douleur est éminemment narcissique :

« Elle répond à un mécanisme de maîtrise d'excitations diffuses traumatiques, qui débordent les capacités d'intégration du principe plaisir-déplaisir et menacent gravement la cohésion du moi, par l'instauration d'une excitation douloureuse localisée à une partie du corps [...] La douleur provoquée correspond à un procédé auto-excitant cherchant à lutter contre un événement dépressif (essentiel), et, finalement, narcissique » (Porte, p.157).

Le deuil impossible de l'objet mélancolique aboutirait à la création d'un objet-douleur, capable de colmater l'hémorragie narcissique de la mélancolie. Rappelons que « la souffrance du mélancolique témoignerait du savoir insu sur une culpabilité qui serait comme liée à un meurtre toujours à accomplir » (Hassoun, 1997, p.18). Selon l'hypothèse de l'auteur : « le mélancolique a eu affaire à une mère qui n'a pas pu l'accompagner dans son sevrage » (Hassoun, p.39). Cette impasse à se sortir de cette profonde tristesse est l'effet d'une désintrinsication pulsionnelle qui fait le lit de la mélancolie. Elle plonge ainsi le sujet dans une passivité qui le caractérise. Cette absence d'accompagnement dans le sevrage rend l'objet défaillant au regard de ses fonctions. La mélancolie s'origine, non d'une perte de l'objet, mais d'une déception, d'une humiliation, d'un préjudice, si grands, qu'un sentiment d'ambivalence à l'égard de l'objet, une opposition amour-haine, se constitue (Freud, 1915 ; Hassoun, 1997).

Dans la mélancolie l'objet ne serait pas perdu mais abandonné. « Cet abandon de l'objet laisse une charge d'amour flottante et éminemment ambivalente, propre à déclencher la haine et le sadisme, la revendication et la quérulence » (Hassoun, p.51). Le conflit ambivalentiel est à la source du déclenchement des processus qui mènent à la mélancolie. Le sujet ne peut pas renoncer à l'objet, il « ne peut plus le perdre sans se perdre aussi » évoquent Tapia & Bertrand (2017, p.57). Le deuil interminable dans lequel le mélancolique fait naufrage est également interrogé par Freud (1915) à propos de son analogie avec la douleur. Celle-ci est expliquée au niveau économique par un surinvestissement narcissique, accompagné d'un phénomène de cristallisation libidinale, de la représentation de l'endroit lésé. Dans la mélancolie l'énergie serait donc libre alors que dans la douleur l'énergie serait liée. Freud (1920) informe que l'échec de ce phénomène de liaison psychique de l'énergie engendre un contre-investissement, car l'énergie ne peut pas rester dissipée dans l'appareil psychique. Bien que sa formation soit coûteuse, elle est primordiale à la sauvegarde du sujet, car l'énergie libre contamine l'ensemble de l'appareil psychique. En ce sens, la douleur peut être entendue comme un contre-investissement nécessaire à préserver l'intégrité psychique. Cette énergie libre dans la mélancolie questionne suppose un échec à l'endroit de la constitution de l'image spéculaire et de façon plus générale, de la division subjective.

D'après Hassoun (1997), il semble se produire une forclusion, non du nom du père, mais de l'objet (a), qui pourrait faire retour dans le réel. L'épreuve du stade du miroir est ce qui permet le meurtre de la Chose pour en faire advenir l'objet (a). La problématique serait alors une mise en abîme narcissique de la traversée du miroir. La forclusion de l'objet (a) dans la mélancolie nous offre un point d'arrimage pour penser la fonction de l'objet-douleur, en tant que forme que le sujet tente de donner à la place du (a) qui manque à sa fonction. Cette tentative de créer de l'objet, en dessiner les contours, en d'autres termes, en créer une image, pourrait se produire à travers la constitution de l'objet-douleur. C'est l'hypothèse que formule Croix (2002), lorsqu'elle entrevoit dans la douleur une fonction de résolution de la forclusion. La douleur surgirait d'un investissement de l'organe douloureux à la place de l'objet (de jouissance) perdu. Le corps peut devenir ainsi un refuge libidinal de substitution à un investissement objectal barré.

L'investissement corporel douloureux signe, pour Press (1999), un défaut dans la capacité à pouvoir élaborer psychiquement la perte de la représentation d'objet marqué par la haine. La présence de la haine montre le caractère hautement pulsionnalisés de la maîtrise, alors que dans la névrose ou les phénomènes psychosomatiques, la maîtrise vise l'effacement pulsionnel. De plus, l'auteur interroge l'accession à la position passive chez les patients douloureux chroniques, car elle lui semble compromise ou du moins difficile. Et cette même problématique est constatée par Castro De Souza (2014) dans la fibromyalgie.

La douleur peut avoir une finalité narcissique pour raviver l'objet interne perdu (Porte, 1999). Les carences de l'objet peuvent empêcher l'inscription psychique de la douleur, qui demeure alors le seul témoin d'un passé englouti par l'irreprésentable et illustre, en même temps, de l'existence de l'objet dans le passé. Le deuil pathologique renvoie à cette impossibilité à renoncer à ce que le vivant a été pour son disparu, un objet de désir, un support de sa propre castration comme le suggère Nasio : « lorsque disparaît l'autre qui était mon élu et dont j'étais l'élu, je perds non seulement la personne, mais la place de l'objet a et d'objet imaginaire que j'occupais pour lui » (Nasio, 1996, p.225). Il parle du deuil de l'image narcissique, demandée lors de la perte de la personne aimée. « La question d'une non-capacité à faire un deuil renvoie aux identifications primaires, à la problématique mélancolique et à un impossible recours à l'intrication masochique pour ces patients somatisants » (Kaswin-Bonnefond, 2004, p.1335).

Nasio (1996) perçoit une fonction sacrificielle du sujet qui se manifeste dans la douleur. Lorsqu'au passage dans l'Œdipe, l'enfant se met à la place de l'objet au lieu d'élever le phallus au rang de signifiant (symboliser le désir de la mère), il devient le phallus imaginaire. Ce sacrifice du sujet permet de faire face à la jouissance insondable de l'Autre. Néanmoins dans un sursaut de survie, son anéantissement est jugulé par la douleur qui enserre l'énergie libidinale. Elle est ensuite utilisée par le moi comme un objet pulsionnel pour répondre à la jouissance de l'Autre. La douleur se donnerait en sacrifice pour éviter de se confronter à la question : « *Che vuoi ?* » (Lacan, 1958b, p.21) et constitue une frontière entre l'Autre et soi. Nasio considère donc la douleur comme l'objet phallique de la pulsion. Elle est un objet-trou, comme tous les autres objets des pulsions partielles, mais qui est, dans le fantasme, comblé par le sujet lui-même. « La douleur est un rempart face à la jouissance de l'Autre, et ceci doublement : je jouis de cette douleur dans ma chair meurtrie pour ne pas souffrir de la folle jouissance que signifierait la mort » (Nasio, 1996, p.177). La douleur représente la limite ultime qui sépare le sujet de l'Autre, qui le sépare de sa jouissance, fonction que doit normalement supporter le désir (Marblé, 2011). Là où apparaît la douleur, devrait se présenter le désir. En ce sens, la douleur est une défense psychique, comme le suppose Lacan (1959). L'insondable désir de l'Autre met le propre désir du sujet en échec, et par conséquent, la seule défense capable de repousser la barrière du plaisir, car le désir représente le point de compromis, entre le plaisir et la jouissance (Lacan, 1966, p.9).

Selon Potamianou (1999, p.58), la douleur est un gage d'identité. La douleur fait autant souffrir qu'elle participe à faire d'eux des êtres capables de supporter l'insupportable. « Le douloureux devient idéal de puissance narcissique ». Elle aurait une fonction de colmater une éventuelle hémorragie libidinale, qui accompagne la perte d'objet (réelle ou fantasmée), par une immobilisation narcissique de la pulsion libidinale sur le soma. Elle vise donc à maintenir une certaine cohésion moïque, dont le narcissisme est le ciment. Derzelle partage l'hypothèse de Potamianou : « le patient se présente comme narcissisé masochiquement par le fait d'être celui qui souffre le plus au monde, qu'il n'est entendu par personne, qu'il est plus fort que ce que le monde médical lui propose » (Derzelle, 2013, p.115).

2.2. Douleur et facteurs de chronicisation

En psychanalyse, la douleur chronique peut donc s'envisager comme un dérèglement ou une difficulté de régulation de l'énergie psychique, un manque de souplesse dans la distribution et la redistribution de la libido. La stase énergétique dans la représentation psychique de l'endroit lésé ou dans l'image inconsciente du corps en est l'indice principal. Plus encore, cet excès d'investissement et son impossible décollement narcissique installe la douleur de façon chronique. L'engluement qui se produit laisse apparaître une névrose narcissique à son fondement.

D'une part, la douleur est l'effet de la stase de la libido sur le moi. La stase serait la conséquence d'un narcissisme primaire inconsistant qui ne permet pas une intrication pulsionnelle suffisamment solide. D'autre part, la douleur est l'effet du retour de la libido sur le moi (narcissisme secondaire).

Dans la douleur chronique, ce n'est pas le moi tout entier qui est touché, comme dans la mélancolie, mais une partie du moi (l'endroit lésé imaginativement). Cette représentation de l'endroit lésé aspire vers elle l'ensemble de l'énergie autrement dispersée dans l'appareil psychique. Elle permet ainsi de lier l'énergie auparavant déliée par l'absence d'intrication pulsionnelle. La représentation de l'endroit lésé, ensuite exclue du système symbolique, empêche l'annihilation moïque, au prix d'une érosion localisée du moi, mais qui fait naître la douleur et la maintient.

La cristallisation libidinale sur la représentation du corps lésé est expliquée par un narcissisme déjà fragile, avant l'apparition de la douleur. Lorsqu'un excès de tension perturbe l'équilibre précaire mais tout de même présent, l'ensemble de l'énergie, mobilisé et figé pour stopper l'hémorragie libidinale narcissique, finit par s'amalgamer et s'enkyster. La douleur, comme signal d'alarme assurant l'intégrité corporelle ou psychique, perd sa fonction de préservation lorsqu'elle devient chronique. « Elle apparaît alors au service de la mort comme un instrument de destructivité » (Lubtchansky, 1999, p.175). Le sujet se retrouve alors prisonnier de son propre narcissisme, comme le suppose Lubtchansky. La redistribution narcissique de la libido finit par servir et être asservie par la pulsion de mort. Le manque de souplesse de l'investissement libidinal et de la stagnation à l'endroit du corps surinvesti étaye la problématique mélancolique et douloureuse.

3. Douleur et psychosomatique

3.1. Apports théoriques de l'Ecole de Paris

« Distincte de la médecine, distincte aussi de la psychanalyse dont elle procède et dont elle élargit le champ d'intérêt, la psychosomatique constitue aujourd'hui une discipline en soi » (Marty, 2014, p.5). Même si elle s'en distingue, Marty évoque que la psychosomatique prend ses racines dans le champ de la psychanalyse, spécifiquement à propos de l'économie pulsionnelle. Comme nous l'avons exposé, Freud à ses débuts interroge particulièrement les manifestations algiques, autant somatiques que psychiques, chez les patientes hystériques que Marty considère comme les prémices de la psychosomatique. Il attribue même à Freud la paternité du mouvement psychanalytique : « il paraît bien en être l'instigateur » (Marty, p.8).

Au sein de l'Ecole psychosomatique de Paris, Marty et ses collaborateurs constatent qu'il existe un fonctionnement atypique voire un développement incomplet de l'appareil psychique. Les problématiques somatiques sont en lien avec la qualité de l'écoulement des excitations instinctuelles et pulsionnelles, d'essence agressive ou érotique. Leurs premières hypothèses au sujet des malades somatiques portent sur une structuration incomplète ou un fonctionnement atypique de l'appareil psychique, différent de celui des névroses mentales. La théorie psychosomatique de l'Ecole de Paris est d'abord issue d'une pratique clinique riche avec des malades somatiques. Fort de cette expérience, les variations temporelles psychiques sont mises en perspective avec les variations somatiques observées. Cette théorie prend en considération « les mouvements psychiques et somatiques ainsi que les relations entre ces mouvements chez les malades somatiques » (Marty, p.12). Leur vocation n'est pas centrée sur le repérage des facteurs à l'origine du déclenchement de la maladie, mais d'approcher les processus psychiques, dans les cas de pathologies avérées, dans l'objectif d'une prise en charge la plus adaptée et efficace possible. Dès les années 1960, Marty et De M'Uzan proposent trois concepts au cœur du fonctionnement psychique des malades somatiques : la pensée opératoire (1962), la dépression essentielle (1966) et la désorganisation progressive (1967) (Marty, 1990). Ces trois concepts sont le témoin de la déliaison pulsionnelle.

Selon Debray, la pensée opératoire met en évidence la carence des activités fantasmatiques et oniriques, et se dévoile dans la relation à l'autre par un assèchement des affects, un discours rationnel, factuel et logique, et une conduite sociale conformiste. Elle serait « sans portée symbolique, ni valeur sublimatoire » (Debray, 1998, p.24). L'hypothèse de Marty et ses collaborateurs s'oriente vers cette même idée d'une rigidité dans le fonctionnement psychique et d'une impossibilité à drainer les excès de stimulations autrement que par la voie somatique, telle que Freud l'envisage. La douleur invalide le sujet, qui serait alors dépassé, au sens économique freudien, et incapable de faire appel à son système symbolique pour élaborer ses conflits psychiques. Par ailleurs, le mécanisme psychique de l'inhibition, pouvant réguler cet excès de stimulation, est impuissant dans le cas spécifique de la douleur, car l'excitation qu'elle engendre surpasse les capacités moïque à écouler cet excès. La douleur est très nuisible pour l'équilibre psychique, pour autant, elle ne détruit pas le moi (Nasio, 1996). La désorganisation progressive est un mouvement rétrograde, qui n'est stoppé par aucun système régressif opérant.

La régression permet de passer d'une organisation génitale à une organisation pré-génitale. Dans cette dernière, les pulsions ne sont pas encore liées et la pulsion de destruction peut recouvrer sa liberté (Freud, 1923). La désorganisation progressive est un concept qui éclaire cette déliaison pulsionnelle. Cette désorganisation est définie comme « la destruction de l'organisation libidinale » (Marty, 2014, p.32). Elle progresse vers les strates de l'organisation pré-génitale et remplace le surmoi par un moi-idéal archaïque, et aboutit à son terme à une désorganisation des fonctions somatiques (Marty, 1968). Aucune régression à un stade psycho-affectif antérieur n'est donc susceptible d'apporter une solution aux conflits psychique du sujet. C'est ainsi que la désorganisation touche les fonctions somatiques les plus archaïques. Elle est à la fois économique et topique puisqu'elle touche aux liaisons pulsionnelles, qui finissent par se désintriquer, et à l'organisation psychique du sujet. Or, si la désorganisation atteint les couches les plus profondes du psychisme humain, les fondations de tout le développement psychique, alors il est possible également de parler de réorganisation (Marty, 1990). Effectivement, l'inconscient a pour principale fonction la répétition, sous le primat de la pulsion de mort. Il y aurait possiblement la répétition d'une tentative d'organisation pour permettre la création de points de fixation nécessaires aux régressions libidinales en cas de conflits.

La psychosomatique rend compte de l'intrication des processus psychiques et physiologiques dans les effets réciproques qu'ils produisent. C'est dans cette approche que la douleur est interrogée, désignant « à la fois une souffrance physique et une souffrance psychique et constitue donc un fait psychosomatique » (Smadja & Szweck, 1999, p.5). Marty rend malgré tout attentif à réserver une place aux phénomènes douloureux, en tant que symptôme subjectif. Il sépare ainsi les maladies psychosomatiques de la douleur, en tant que symptôme psychosomatique, en précisant que les douleurs *sine materia* sont à concevoir comme un symptôme de conversion hystérique. Toutes les autres manifestations de douleurs, également incertaines, doivent faire l'objet d'une investigation particulière de l'économie psychique. Ce qui revient aux mêmes intentions thérapeutiques que pour n'importe quel phénomène psychosomatique.

Par ailleurs, des difficultés de mentalisation sont soulevées à propos des phénomènes psychosomatiques. La mentalisation c'est la capacité à symboliser, c'est-à-dire la capacité à lier les représentations de mots et les représentations de choses, selon la logique du fonctionnement du préconscient freudien. Les carences de mentalisation sont liées à la qualité et la quantité des représentations mentales. La névrose de comportement est la forme la plus précaire de mentalisation. Dans cette organisation psychique, les représentations sont pauvres, superficielles et souvent réduites à de simples perceptions, asséchées de toute dimension symbolique avec une mise à l'écart des affects. Les sujets concernés sont bien adaptés mais règlent dans l'actualité, la factualité et l'action leurs conflits inconscients (Marty, 1990). Les névroses mal mentalisées se présentent comme les névroses de comportement, à la différence qu'elles perdent en quantité et qualité de représentations suite à une désorganisation progressive, alors que les représentations dans les névroses de comportements sont pauvres à l'origine.

3.2. Phénomènes psychosomatique et réel lacanien

« Son surgissement (de la douleur) fait plonger le sujet dans un abîme hors symbolisation et représentations dans lequel le signifiant s'absente » (Cloès, 2007, p.45). En ce sens, le sujet souffre du réel de la douleur et de l'hémorragie imaginaire, moïque et narcissique que cette irruption du réel engendre. Dès lors, l'imaginaire peut très vite saturer l'ensemble de l'appareil psychique et geler les capacités de symbolisation. Analogue à la logique du traumatisme, la douleur, comme effraction du réel est une absence symbolique, un trou dans la parole.

Dans l'organisation psychique selon la logique borroméenne, tel que Lacan la formule, le phénomène psychosomatique s'entend comme le résultat d'une déliaison psychique, conséquence du défaut de symbolisation. Le nouage entre Imaginaire et Symbolique permet de produire le sens et en l'absence de ce nouage, l'expérience subjective demeure hors-sens. Le signifiant reste en lui-même vide de sens et demeure alors hors du champ symbolique. Nous sommes proches de la définition de la psychosomatique, telle que Chemama et Vandermersch (2009) l'exposent dans leur dictionnaire psychanalytique, à savoir, « la réponse du corps vivant à une situation symbolique critique mais qui n'a pas été traitée comme telle par l'inconscient du sujet » (Chemama et Vandermersch, p.482). C'est le problème majeur que soulève également Boukerche-Delmotte (2019, p.40) : « c'est comme si le patient déplaçait dans le réel du corps ce qu'il n'arrive pas à symboliser ». Cette absence de sens rappelle ce que Le Breton (2010) dit à propos de la douleur, en tant qu'elle serait un mode d'existence au prix de ne pas tomber dans l'insignifiance. Il est intéressant de soulever le terme utilisé par Le Breton, car en psychanalyse, l'insignifiance renvoie à l'absence de signifiant qui identifie le sujet, comme un être unique, le trait unaire lacanien. L'insignifiance est un signifiant vide, car aucun signifié ne s'y rapporte. Le sujet érigerait ainsi son insignifiance dans le réel de son corps meurtri, car le symbolique lui ferait défaut. Cela touche à la dimension identitaire du sujet.

Croix (2002) suppose que la douleur est à l'origine d'un débordement psychique et des capacités défensives. Cet appauvrissement de l'appareil psychique amène aussi à une forme de sidération que Bertrand (1996) rattache d'emblée au surgissement de la douleur, en tant que pure paralysie de l'esprit. Selon Vasse (1988), la sidération est à considérer comme une absence de désir. Grâce à la racine étymologique du désir, *Desiderare*, il nous est permis de comprendre que la sortie de la sidération, la dé-sidération, est synonyme de désir, et, par conséquent, l'entrée dans la sidération signe l'absence de désir. Boukerche-Delmotte (2019) constate que dans la douleur chronique, le sujet, pour un temps, semble ne plus désirer. C'est l'hypothèse que Lacan (1959) formule sur la douleur, qui se manifeste lorsque le sujet est face à une impossibilité de se mouvoir, comme une douleur pétrifiée. Il parle du caractère sidérant de la douleur, renvoyant au réel, dans le sens de l'innommable et l'impensable. La douleur se rapproche du signifiant pur, sans capitonnage, c'est-à-dire sans possibilité de l'arrimer à un autre signifiant qui lui donnerait du sens *à priori*, et c'est ce que Lacan perçoit dans les phénomènes psychosomatiques. C'est au niveau du réel que s'interrogent les phénomènes psychosomatiques (Lacan, 1955). Ils proviennent d'un collapsus entre S1 et S2. Cette *holophrase* se produit lorsque le sujet est réduit à être le support du désir maternel.

« La psycho-somatique, c'est quelque chose qui n'est pas un signifiant, mais qui, tout de même, n'est concevable que dans la mesure où l'induction signifiante au niveau du sujet s'est passée d'une façon qui ne met pas en jeu l'*aphanisis* du sujet » (Lacan, 2014, p.253).

Dans les cas de somatisation, cette réduction du désir est représentée par Mc Dougall (1982), comme « un corps pour deux », celui de la mère et de son enfant, indistincts, ne faisant aucune place à « un espace transitionnel sur lequel puisse s'inscrire l'identité différenciée de chacun » (Baudin, Bruguière, Pheulpin, 2017, p.35). L'hystérie archaïque de Mc Dougall repose sur cette construction d'un corps unifié avec la mère et elle suppose que « l'univers pré-symbolique et pré-verbal peut permettre une compréhension des phénomènes psychosomatiques » (Mc Dougall, 1989, p.76).

III. CONCLUSION CHAPITRE 1

Notre analyse métapsychologique de la typologie de la douleur en psychanalyse éclaire les trois formes qu'elle peut prendre : la douleur physique est localisée dans le corps, la douleur psychique est un anéantissement des capacités de régulation moiïque et la souffrance est le vécu douloureux, qui s'étend à travers toute la vie du sujet. Dans la douleur chronique, la dimension psychique de la douleur paraît occultée, car la douleur est rabattue du côté du corps physiologique et la souffrance du côté de l'inconscient.

De plus, avec la fonction du cri, nous comprenons que l'Autre joue un rôle essentiel dans le devenir de la douleur. Deux cas de figure se présentent. Si le cri est réceptionné par l'Autre, il peut devenir souffrance, sinon, il reste du côté du réel, hors-sens. Dans ce cas, la douleur psychique demeure un lieu clos, diminuant progressivement les défenses moiïques et donc les capacités à faire face à la douleur. Le sujet douloureux serait un sujet de la jouissance, et non pas un sujet divisé par la castration (Lacan, 1968). Le corps de jouissance qu'il souhaite récupérer ou plutôt auquel il souhaite accéder serait alors un corps marqué par la limite, à moins qu'il souhaite accéder à un savoir sur sa jouissance.

Dans la théorie freudienne, la dimension économique renvoie aux processus libidinaux. La liaison des excitations permet à l'organisme de gérer et d'abaisser l'état d'excitation à un niveau raisonnable. Cette action sert à consolider la primauté du principe de plaisir, il est donc « une tendance au service d'une fonction destinée à rendre l'appareil psychique, en général, inexcitable, ou, tout du moins, à y maintenir l'excitation à un niveau constant et aussi bas que possible » (Freud, 1973, p.79). Cette fonction capable d'abaisser les tensions internes est la force qu'exercent les instincts de mort.

Les processus libidinaux sont impliqués dans l'émergence, la chronicisation et la cristallisation au niveau psychique de la douleur. Prenant en considération ces données, l'irruption soulève deux points : soit elle signe l'abrogation de l'intrication pulsionnel, par l'effraction psychique trop intense qu'elle génère, soit, une désintrication préalable empêche le moi de juguler ce trop-plein d'excitation. Dans les deux cas, les pulsions déliées n'assurent pas ou plus l'homéostasie psychique.

De plus, la douleur provoque une effraction du pare-excitation et elle élève le niveau de tension au-dessus de la normale. Pour résoudre cette élévation de la tension, le moi attire toute l'énergie disponible par un phénomène d'attraction afin de contenir et d'annihiler le trop plein d'excitations internes. L'échec de la pulsion de mort, à abaisser les tensions, conduit le système moiïque à mobiliser l'énergie dédiée aux investissements objectaux. Et, c'est ce mouvement de retour et de maintien de la libido qui chronicise la douleur.

Enfin, l'engluement, évoqué par Lacan, à propos des phénomènes psychosomatiques, semble favoriser la résistance du sujet douloureux. A moins qu'il y ait des possibilités du côté de la sublimation. La qualité du masochisme et la pulsion de mort sont des hypothèses nécessaires pour comprendre la fluidité des investissements. La pulsion de mort est désintriquée de la pulsion de vie, sous l'effet d'un masochisme pathologique. Par son pouvoir de déliaison, cette pulsion permet de désinvestir un objet investi par la libido ; pour en faire le deuil par exemple. C'est donc la désintrication pulsionnelle qui est pathogène pour l'appareil psychique. Paradoxalement, la douleur paraît servir la pulsion de vie pour raviver l'objet, pour créer de l'Autre, un monde extérieur dans lequel se projeter.

En psychanalyse, il n'est de douleur que de douleur chronique.

Cela ne veut pas dire que la douleur aiguë n'existe pas. Cela signifie que si la douleur n'était que transitoire, elle n'aurait pas de fonction pour le sujet de l'inconscient.

C'est parce qu'elle prend une place pour le sujet dans son organisation psychique qu'elle devient l'objet d'étude de la psychanalyse, dans son statut et ses fonctions ; dans ce qu'elle représente pour un sujet.

Chapitre 2 :
Des fonctions identificatoires dans l'enfance au
transfert imaginaire :
une histoire de désir et sa répétition.

*« Les miroirs feraient bien de réfléchir un peu plus
avant de renvoyer les images »
(Cocteau, 1930)*

*L*a contextualisation de la douleur chronique et de la fibromyalgie, considérée comme la pathologie par excellence de la douleur chronique, nous a permis de dégager deux éléments fondamentaux : la douleur est associée à - une problématique narcissique et une problématique de castration. Par ailleurs, les résultats des recherches concernant le fibromyalgie convergent vers deux problématiques centrales : la relation à la mère de l'enfance et la reconnaissance de la pathologie, auprès de nombreux médecins *fibrosceptiques* pour reprendre le terme de Berquin et Grisart (2016).

La revue de la littérature soulève, dans les manifestations douloureuses, des carences dans le lien d'attachement à la mère. La théorie de l'attachement trouve son pendant en psychanalyse avec la relation d'objet. Si Freud n'a pas à proprement parlé de relation d'objet, avec la construction du moi et du narcissisme, il nous donne les indices du mode de relation et d'aliénation à l'Autre, dans la dépendance du bébé à sa mère durant les premières années de sa vie. Lacan, quant à lui, évoque la relation d'objet sous le joug du manque à l'objet.

Si cette relation d'objet nous questionne c'est parce que nous pensons que le moi idéal joue un rôle au niveau de la résistance qui se loge dans le transfert médical. Ce moi idéal est une image qui porte en elle l'identification imaginaire à l'autre qui se constitue durant le Stade du miroir, entre 6 et 18 mois. Le moi idéal est constitutif de l'identité (Aparicio, 2016), en tant que personnalité qui s'exprime dans les relations sociales, et par contingence dans le transfert. Il représente ce que le sujet croit être tout en empêchant le sujet d'accéder à sa vérité par de multiples stratagèmes (défenses, compromis, résistance).

Dans ce chapitre, nous allons donc aborder les processus identificatoires pour comprendre ce qui se joue au sein même de la relation d'objet. Il s'agit d'appréhender la construction de l'identité pour saisir ce qui se joue dans la résistance psychique, en explorant les théories freudienne et lacanienne.

Le fondement de la relation à l'objet chez Freud repose sur l'élaboration de la phase sadique-anale et les points de fixation libidinale rattachés. Avec l'arrivée des dents puis les enjeux de l'accès à la propreté et d'avoir un contrôle sur ses propres excréments, « les tendances destructrices » (Freud, 1933, p.134) de l'enfant émergent. Cette position sadique-anale combine dès lors des pulsions libidinales et des pulsions agressives, au cœur de l'intrication des pulsions de vie et de mort.

Dans la théorie de Lacan, c'est le Stade du miroir (Lacan, 1936, 1949) qui éclaire les processus identificatoires en rapport avec le désir de la mère. A la sortie du Stade du miroir, le sujet est mis à l'épreuve du repérage du désir maternel, afin de se positionner par rapport à son désir : être ou ne pas être le phallus, l'objet désiré par la mère. Ce niveau de structuration du désir est contingent de la castration à l'objet scopique et renseigne sur le fonctionnement psychique du sujet. Il montre comment le sujet est aliéné à son image spéculaire et que la construction de son moi dépend d'un Autre.

De Freud à Lacan, il nous est permis de comprendre ce qu'est le « Je » du discours, ce qu'est l'identité au regard des liens sociaux, et comment l'identité peut être une profonde méconnaissance de soi et des enjeux inconscients, qui, pourtant, fondent la structure et l'organisation de l'appareil psychique autour du désir inconscient.

I. MECANISMES IDENTIFICATEURS ET DEVENIR DU SUJET A LA SORTIE DU STADE DU MIROIR

La condition biologique du bébé humain est la dépendance. La relation qui s'instaure entre la mère et son bébé est une relation imaginaire, car elle ne reflète pas le réel et n'ouvre pas à l'altérité. Tout le principe de la subjectivation est donc conditionné autour de la séparation et l'aboutissement à une indépendance, physiologique et psychologique. Lorsque le bébé vient à naître, il est immédiatement plongé dans un monde de langage. Autour de lui « ça parle » et il ne peut s'extraire de cette parole qui circule. C'est dans ce bain de langage et affectif que le petit enfant a à se situer. Les processus identificatoires vont lui permettre l'édification de son système moiïque et la somme des identifications aboutit à la construction de la personnalité du sujet.

Houzel (2012) explique que pour que l'enfant se sente, unifié et rassemblé, cela dépend de la capacité maternelle à donner des réponses adéquates, et mettre du sens aux vécus et éprouvés de son enfant. Il rajoute que le stade du miroir de Lacan décrit ce moment fondateur d'unification :

« Jacques Lacan (1946) avait eu l'intuition de ce phénomène lorsqu'il a décrit, en s'appuyant sur les découvertes d'Henri Wallon (1931), le stade du miroir, comme un moment décisif où se réunissent en un tout cohérent, représenté par son image dans le miroir, les vécus dispersés de l'enfant auxquels il ne pouvait antérieurement donner forme et sens » (Houzel, p.166).

Nous désirons plus particulièrement interroger l'édification moiïque et narcissique par rapport à ce qui se joue durant le stade du miroir, car il illustre de quelle manière le désir de l'Autre, à travers son regard et sa voix, laisse des traces indélébiles dans l'image spéculaire. Et c'est à travers elle, que le sujet développe sa personnalité pour sa vie durant. Le Stade du miroir prend place pour un enfant entre 6 et 18 mois. Mais avant d'entamer cette traversée, le sujet doit déjà se constituer dans l'ordre symbolique. La naissance de sa subjectivité est le fruit des échanges et du partage émotionnel avec sa figure maternelle.

1. De l'entrée dans le monde symbolique aux prémices de l'identification

1.1. Genèse de l'appareil psychique et entrée dans le monde symbolique

La venue au monde d'un bébé n'est pas réduite aux vicissitudes de l'accouchement, il naît sous de multiples contraintes réelles. Comme le fait remarquer Houzel (2012, p.166) : « il ne s'agirait pas seulement pour le bébé de vivre un état de détresse du fait de sa dépendance pour la satisfaction de ses besoins, mais aussi du fait de son incapacité première à donner du sens à ses expériences vécues ». Celles-ci sont intégrées et métabolisées dans l'appareil psychique du bébé par l'intermédiaire de l'appareil psychique de sa mère, car il n'est pas en capacité de le faire seul. Elle lui prête son appareil à penser les pensées (Bion, 1959, 1962), en attendant que son développement psycho-affectif lui permette de gérer seul toutes ces informations excitatrices. Ceci témoigne de l'incidence de la mère dans le psychisme, mais également de ses multiples fonctions qui vont rendre ce processus de subjectivation possible et en influencer la trajectoire.

Afin de prendre le relais psychique de son bébé, la mère fait preuve d'une grande disponibilité psychique. Celle-ci se met en place en fin de grossesse et permet d'être en empathie avec son enfant pour comprendre ses besoins. Winnicott (1958) nomme cette disponibilité psychique, la préoccupation maternelle primaire. Stern (1985) évoque l'accordage affectif pour expliquer comment l'empathie entre la mère et son enfant s'ajuste. C'est cette disponibilité psychique qui permet un maternage suffisamment bon (Winnicott, 1965), nécessaire à la construction subjective de l'enfant. Sa capacité de penser, de symboliser, de former son système de représentations de ses expériences sensorielles et émotionnelles, est soumise à la capacité de rêverie maternelle, qui est « un facteur de la fonction-alpha de la mère » (Bion, 1962, p.54).

Cette préoccupation implique que la mère puisse anticiper les besoins supposés de son enfant, sans pour autant que cette anticipation devienne pathologique, c'est-à-dire, une préoccupation extrême ou une incapacité à décrypter les signaux de son enfant (Winnicott, 1965 ; Bergès, 2016). En effet, le silence affectif d'une mère absente psychologiquement à son enfant semble nuire à la régulation émotionnelle de son bébé.

En ce sens, lorsque la mère échoue à traduire les éprouvés de son enfant, « le partage émotionnel n'est plus possible » (Claudon & Weber, 2009, p.85). Les pleurs du bébé, restant sans réponse, retournent alors au silence (Vasse, 1988 ; Bergès, 2016) et menacent alors son propre corps, coupé de l'échange, de son rôle de médiateur à l'autre et de rencontre avec l'objet. Nous en parlerons dans la partie – *Figures de la mère et images narcissiques de l'enfant*.

Avec Freud, nous comprenons que l'évolution de l'appareil psychique est en lien avec la logique de socialisation et le développement psycho-sexuel. Freud (1938) nomme « sexuel » le gain de plaisir s'étayant sur le besoin physiologique du bébé. Ce gain est favorisé par la mise en représentation des expériences vécues. Pour comprendre cela, Freud développe la théorie des pulsions, qui repose sur un fait biologique : l'autoconservation et la survie de l'espèce. Il est tout naturel qu'il ait scindé, dans un premier temps, les pulsions en : pulsions du moi et pulsions sexuelles, chacune au service des grands principes de la vie. Le terme *pulsion* provient de l'idée que les excitations internes, pour être abaissées, doivent être projetées à l'extérieur, afin de trouver une satisfaction, en investissant un objet susceptible de réduire ces tensions corporelles. Au cours de son œuvre, Freud décide de regrouper les pulsions du moi et sexuelles en deux autres catégories que sont les pulsions de vie et de mort, plus à même d'expliquer les processus psychiques de mise en relation avec l'objet.

La relation à l'objet est motivée par la satisfaction pulsionnelle que le sujet recherche à travers l'autre, afin de maintenir un certain équilibre psychique (Freud, 1933). Au stade oral, ce sont les lèvres et la bouche qui deviennent la première zone érogène, sexualisée suite à la sensation de plaisir qu'a provoqué la tétée du sein maternel. C'est pourquoi Bion (1979) parle de sein psychosomatique et de canal alimentaire psychosomatique, et que, pour Aulagnier (1975), le premier moment fondamental de rencontre entre le bébé et sa mère est celui de la rencontre entre la bouche et le sein. Le sein est psychosomatique, car il est un organe nourricier (objet physiologique du besoin) autant qu'un objet d'amour (objet libidinal et ambocepteur), transmis par la mère qui donne le sein à son enfant. L'enfant reçoit le lait et l'amour par le même canal, ici, la bouche, qui devient alors un canal alimentaire psychosomatique. Lors d'une satisfaction immédiate, le sein est assimilé comme un bon objet répondant au besoin.

Le but sexuel de ce stade est l'incorporation de l'objet, devenant le prototype de l'identification (Freud, 1905). Celle-ci repose sur la satisfaction du besoin, l'introjection du « bon objet » et la projection du « mauvais », et la rencontre entre la zone érogène et l'objet complémentaire qui lui procure une satisfaction, une source de plaisir ou de déplaisir.

Néanmoins, le premier nouage de l'Eros et de la pulsion de mort coïncide avec l'entrée en phase sadique-anale. Le voyeurisme, l'exhibitionnisme, les problématiques masochiques ou la cruauté sont concomitants de la phase sadique anale (Freud, 1905) et ce sont ces mêmes problématiques qui émergent des études sur la douleur. L'apparition des dents est décisive au stage oral, car elle signe les premiers mouvements agressifs, et coïncide avec la seconde phase du développement, si bien qu'il nomme ces tendances de sadique-anales. « Ici, la satisfaction est recherchée dans l'agression et la fonction d'excrétion » (Freud, 2010, p.243). Ce stade est une phase où les oppositions se jouent sur le plan activité/passivité. « L'activité est entraînée par la pulsion d'emprise par l'intermédiaire de la musculature corporelle » (Freud, p.129). L'activité est donc un fait de corps et c'est le corps réel, vivant, qui est, à ce stade, le vecteur de la satisfaction de la pulsion. Le sadisme représente pour Freud cette mixtion entre tendance libidinale et tendance agressive.

Par conséquent, le fondement de la relation à l'objet repose sur l'élaboration de la phase sadique-anale et les points de fixation libidinale rattachés. Avec l'arrivée des dents, puis les modalités d'accès à la propreté et donc du contrôle des sphincters, les tendances destructrices de l'enfant émergent (Freud, 1933). Les pulsions s'étayent sur la fonction physiologique (Freud, 1905) et la subversion de la fonction par la pulsion passe par l'organe. Cela signifie que le plaisir se substitue au besoin. L'organe de besoin, s'il est satisfait par l'objet externe, procure du plaisir ou du déplaisir, de sorte que l'organe en question devient une zone érogène, à son tour source de plaisir ou de déplaisir. Cette expérience inaugurale explique l'ancrage somatique de l'amour.

Lorsque la satisfaction n'est pas immédiate et que l'enfant n'a pas encore à sa disposition les ressources nécessaires à pouvoir se satisfaire sur le mode hallucinatoire, ce sein, de par la frustration qu'il provoque, devient un mauvais objet. Durant cette période, le fantasme omnipotent du bébé divise le monde en bons et mauvais objets, c'est le fantasme de l'identification projective selon Klein. Lorsque la satisfaction hallucinatoire devient possible, le sein perd de sa qualité de mauvais objet pour devenir un objet manquant, mais désiré. Le monde n'est plus clivé et l'enfant peut aborder la position dépressive (Bion, 1962). Ces premiers moments de rencontre fondent le noyau de l'inconscient (Freud, 1915). Ce noyau revêt des caractéristiques universelles : des principes de répétition et de programmation, qui ouvrent spécialement la voie évolutive aux différentes liaisons et associations fonctionnelles.

Parallèlement au développement du monde pulsionnel, lorsque l'enfant vient à naître, il fait face à l'intrusion du réel qui fait trace psychique. L'angoisse que fait naître le réel montre « la violence du signifiant en l'absence de tout message » (Bergès, 2016, p.35), c'est-à-dire de l'absence de coupure du flux synchronique de la chaîne signifiante, par le message (M) et le code (C) de la langue maternelle. L'audition du bébé est d'emblée sollicitée pour entendre la parole de la mère. C'est par ce processus qu'elle fait passer ses désirs, ses attentes, ses mots, ses gestes au sein de cette relation particulière et privilégiée, et que le corps du bébé y est engagé. « Le fonctionnement du corps est régi par un dispositif qui a affaire avec les lois de la parole et du langage, et de l'autre, le code transmis, nécessaire pour que je puisse me faire comprendre » (Bergès, 2016, p.187).

L'entrée dans le monde du langage s'opère d'après le code transmis par la mère et d'après la prise en charge du fonctionnement de la fonction phonatoire (Bergès). Ce code recouvre les premiers échanges entre la mère et son enfant. La trace symbolique de la parole de la mère joue un rôle déterminant, tout comme les interprétations qu'elle fait de ce que son bébé aurait besoin (faim, soif, froid, douleur, etc.). Être le miroir de son enfant pour une mère, c'est être capable d'anticiper par le savoir qu'elle aurait sur lui, ce qu'il s'apprête à faire, mais également de faire valoir ce que l'enfant saurait pour lui (Bergès, 2016). « Dans le corps à corps avec sa mère qui l'apaise, en réponse au ronron, à la lallation de son babil, le nourrisson reçoit d'elle les mots de la langue privée dite maternelle qui font traces » (Valas, 2009, p.161).

Lacan (1973) évoque ce savoir anticipatoire avec la lalangue, le langage particulier de la mère à son enfant. La lalangue accompagne les gestes donnés au corps du bébé, les soins maternels, mais porte également les désirs et les signifiants parentaux (Chatelard, 2016 ; Sidoit, 2016 ; Soler, 2009). Selon Sidoit (2016), la lalangue est la langue du réel, où S1 et S2 sont solidifiés et contiennent la jouissance du sujet, qui est la langue de l'Autre, mais qui n'est pas le lieu du code du sujet. L'assemblage de la chaîne signifiante (trame langagière) est un assemblage inconscient particulier d'un sujet aux effets de lalangue. Elle agit donc avant le capitonnage du langage (Soler, 2009). En ce sens, cela rejoint le concept d'holophrase (cf. p.124), qui consiste en une gélification des signifiants S1 et S2, à la source des phénomènes psychosomatiques. Soler (2009) parle de transmission des effets symboliques de la parole à partir des figures de l'Autre. La lalangue renferme ainsi un savoir, qui est « un savoir-faire avec lalangue » (Lacan, 1975, p.175).

Et comme ce langage ne procède pas du Symbolique, mais du Réel, hors chaîne et hors-sens, il s'enracine dans le corps de jouissance, en tant que support du message, dans sa présentification à l'autre (Lacan, 1963). En effet, le signifiant est la réponse du sujet aux effets de lalangue, qui fondent l'inconscient en tant que structuré comme un langage, et qui le représente, en tant que sujet, pour un autre signifiant, selon la formule de Lacan. « Le signifiant est signe d'un sujet » (Lacan, 1975, p.180). Il évoque le signifiant Maître, S1, lieu du message.

« L'inconscient est le témoignage d'un savoir en tant que pour une grande part il échappe à l'être parlant. Cet être donne l'occasion de s'apercevoir jusqu'où vont les effets de lalangue, par ceci, qu'il présente toutes sortes d'affects qui restent énigmatiques. Ces affects sont ce qui résulte de la présence de lalangue en tant que, de savoir, elle articule des choses qui vont beaucoup plus loin que tout ce que l'être parlant supporte de savoir énoncé » (Lacan, p.175).

La lalangue n'est donc pas pourvue de sens mais de débris sonores et elle affecte la jouissance du sujet (Lacan, 1973 ; Soler, 2009).

Ainsi, le savoir anticipatif de la mère produit des effets d'affects et participe au choix des signifiants, nécessaire à donner un sens à la jouissance de l'enfant. Pour Bergès (2016), le savoir doit rester hypothétique ou doit pouvoir se modeler, se modifier, s'enrichir, au fur et à mesure du développement psychique de l'enfant, pour permettre un écart entre ce savoir supposé de l'Autre et son non savoir en tant qu'Autre barré. En l'absence de cette dynamique et de cette capacité à faire miroir, donc si elle était uniquement du côté du savoir anticipatif, le savoir en question ne serait pas partagé. Il n'y aurait aucune interrogation, ni aucune supposition de ce que l'enfant saurait sur lui. « Nous ne savons que si la mère nous interroge. Moins elle le fait, plus elle nous dit ce que nous savons et moins nous en savons » (Bergès, p.236).

Le système de représentation de l'enfant est également en constant développement et enrichissement. Dans l'activité de penser, de parler ou de gigoter, il y a l'idée de décharger un excédent de tension, d'excitation ou de stimulation. Bion (1962) suppose l'existence de deux paroles : celle qui décharge dans la motricité et celle qui permet de communiquer ses pensées, grâce au processus de symbolisation ou d'abstraction. La fonction-alpha permet l'abstraction d'une sensation ou d'une expérience en pensée, pouvant ensuite être réutilisée pour toute expérience ultérieure comparable : « de ces objets doux, amer, aigres sont abstraites la douceur, l'amertume, l'aigreur » (Bion, p.78). Ces éléments symbolisés forment le système de représentations, tandis qu'elle nomme, éléments-beta, des sensations dépourvues de toute signification, impossible à élaborer, car la fonction-alpha fait défaut dans sa capacité d'abstraction. La seule voie de décharge reste motrice. Sans l'abstraction, elles demeurent en l'état, comme des sensations qui provoquent une augmentation des tensions internes. Ainsi, « la fonction alpha permet à la mère de détoxiquer les projections du bébé, dans sa rêverie interprétratrice, et d'appareiller les contenus projetés avec un contenant afin que cet élément contenant-contenu puisse être réintrojecté et construire ainsi le propre appareil à penser de l'enfant » (Ciccone, 1999, p.45). La fonction d'abstraction, permis par la mère, est peu à peu intériorisée.

Bergès (2016) explique que la mise en représentation coïncide avec l'abstraction de la Chose. Rappelons que la Chose c'est le réel pour Freud ou encore la part inassimilable de l'Autre pour Nasio. La représentation a pour fonction de rendre présent l'état désiré de la Chose. Ceci implique que le corps s'y engage. En effet, pour que le sein maternel apporte à l'enfant une satisfaction, il faut que l'objet sein apparaisse sous un angle précis, celui qui lui a toujours apporté de la satisfaction. L'infans va alors engager sa posture, sa motricité, pour que l'objet réapparaisse à l'identique ; « la motricité, la posture et le regard, aboutissent à cet état désiré de la Chose » (Bergès, p.274). La Chose et la représentation (de la Chose) ne se rencontrent jamais : soit l'infans a affaire à la Chose désirée ou il s'arrange pour que sa représentation coïncide avec elle. La fonction de la représentation modifie la Chose en représentation. C'est un processus d'anticipation qui est un savoir concernant la présence dans l'absence. La condition de la représentation est le décollement entre la fonction chez l'enfant et la prise en charge de cette même fonction par le fonctionnement de la mère (Bergès, p.259).

Cet écart ne peut se faire que si la mère accepte de différer un peu la satisfaction et de reconnaître qu'elle ne sait pas tout sur son enfant. Elle doit lui reconnaître sa propre subjectivité. C'est le principe de la frustration (Lacan, 1958). Les représentations, lorsqu'elles se forment, ont une valeur qui leur est attribuée, c'est-à-dire que le monde extérieur est introjecté et métabolisé en représentations clivées selon le plaisir ou le déplaisir qu'elles génèrent. Aulagnier (1975) parle, en ce sens, de la complémentarité zone-objet, qui correspond à une représentation pictographique, accompagnée d'un affect de plaisir ou de déplaisir. Cette représentation est fondée sur la specularité. Les éléments métabolisés sont assimilés pour former un ensemble homogène. Ces informations ont un caractère libidinal, car tout ce qui est intégré dans l'appareil psychique est un investissement transformé par la tendance propre à la psyché de préserver ou de retrouver un éprouvé de plaisir, comme nous l'avons déplié en début de partie. Cet éprouvé confère alors à la représentation sa qualité affective. Le pictogramme est ce qui reste de l'expérience sensorielle vécue comme bonne ou mauvaise sous forme de représentation de même valeur. Si cette complémentarité se fait dans la violence, le déplaisir ou l'indifférence, elle peut générer un pictogramme lesté d'un éprouvé de douleur (Tysebaert, 2001, p.75).

Cette question de la douleur, Mellier (2022) en propose une hypothèse, qui est la suivante : « la douleur physique et la souffrance psychique ont le même ancrage corporel au début de la vie chez le bébé » (Mellier, p.146). Il explique que la douleur somatique ne s'accompagne pas d'une souffrance psychique si un adulte est capable d'y être attentif et de mettre du sens sur ce qu'il vit.

Par conséquent, la mère a cette fonction toute particulière qu'elle ouvre au champ du symbolique comme à celui de l'imaginaire. Dans le message qu'elle délivre et le désir qui est le sien, c'est toute une dimension symbolique qui s'inscrit dans l'image du corps de l'enfant. La maturation de l'activité psychique est à son apogée avec la formation du *Je*, qui permet l'autonomie de penser et qui coïncide avec le déclin du complexe d'Œdipe.

« Il me semble que le premier temps du mécanisme clef de la relation orale, qui est l'identification projective, part de la mère : il y a une première projection sur le plan du désir, qui vient d'elle. L'enfant aura à s'y identifier ou à combattre, à nier une identification qu'il pourra sentir comme déstructurante » (Aulagnier, 1962, p.391).

1.2. Aux prémices de l'identification : l'Amour et les liens psychoaffectifs

Selon Freud (1922), l'identification est avant tout une histoire d'amour avec ses figures tutélaires. L'identification est la forme la plus ancienne d'attachement affectif, de lien à un autre. Or, l'identification n'est pas un attachement au sens d'un choix d'objet. Cette époque originelle des premiers liens vient avant toute forme de choix d'objet, elle est en lien avec le narcissisme. Le moi est narcissique, car il est un objet d'investissement libidinal comme n'importe quel objet externe. L'amour des objets n'arrive qu'ultérieurement au narcissisme primaire, sans aboutir à sa disparition (Freud, p.506). L'état de narcissisme n'est pas anobjectif, « il est un mouvement, un vecteur, un processus et [...] ses variations ébranlent le moi psychique et corporel tout à la fois » (Joly, 2016, p.27). L'identification n'est pas l'attachement, néanmoins, il peut se produire une identification lors d'une perte ou d'une séparation (Freud, 1922, 1933). Dans ce cas, au lieu de renoncer à l'objet, le sujet s'identifie à lui et le moi subit une transformation d'après le modèle de la personne qui lui avait servi jusqu'alors d'objet libidinal.

In fine, il peut se prendre lui-même comme objet d'investissement libidinal ultérieur de sorte que le choix d'objet régresse ici, pour ainsi dire, à l'identification. Un investissement libidinal narcissique a lieu, par exemple, dans la mélancolie. Le moi porte alors les vestiges et les investissements libidinaux de l'objet auquel il n'a pu renoncer (Freud, 1915). Désormais, le moi subit les humiliations à la place du mauvais objet externe introjecté. L'instance supporte donc une division, « dont l'une s'acharne contre l'autre » (Freud, 1921, p.42). L'instance critique et observatrice du moi est l'idéal du moi, qui se forme par détachement au moi, processus normal, mais dans la mélancolie, elle ne se montre jamais aussi impitoyable et aussi injuste (Freud, p.42). L'idéal du moi devient donc le bourreau d'un moi, paré des oripeaux de l'objet auquel il n'a jamais pu renoncer.

A partir de ses réflexions sur la mélancolie et la névrose narcissique, Freud (1923) postule l'existence d'un processus d'identification dans le moi aux objets sexuels. Ce processus conduit le moi à se transformer en partie, d'après les caractéristiques de l'objet convoité. Ces identifications successives aux objets, désirés par le ça, sont un mécanisme constant de l'appareil psychique. Par un phénomène de régression, le moi, paré des qualités de l'objet, devient l'objet par lequel le ça peut trouver une forme de satisfaction, à travers les fixations libidinales des différents stades (oral, anal, génital). Cette régression opère lorsque les contraintes de la réalité extérieure l'empêchent d'accéder, dans l'actuel, à l'objet désiré.

Ce constat faisant, il propose d'employer le terme d'identification narcissique, comme processus normal et constant dans le développement psychique. La mère a une fonction d'objet partiel, par l'intermédiaire de son corps mis en jeu dans la relation. En tant que support de la fonctionnalité des fonctions organiques de son enfant, elle participe à cette identification narcissique (Bergès, 2016). En 1921, Freud fait référence à l'identification qui peut se produire par reconnaissance chez l'autre d'un trait commun. De même que l'identification à un autre se fonde sur l'idée d'un attachement affectif, l'identification qu'exerce un leader, au sein d'une foule, est déterminée par son prestige et la fascination qu'il produit, à l'origine d'un attachement mutuel. Malgré ses interrogations, il perçoit toute de même qu'elle consiste en une assimilation des sentiments d'autrui, mais qui pourrait plutôt se traduire par empathie.

L'identification peut aussi se produire dans le symptôme névrotique chez la fille. Dans ce cas, deux cas de figure se présentent. Soit la fille s'identifie à un trait identitaire de l'objet de désir, convoité par celui dont elle veut s'accaparer l'amour, le père. Par exemple, elle s'approprie un trait identitaire de la mère pour devenir comme elle et s'attirer les faveurs du père. Soit, comme dans le cas de la toux de Dora, elle s'identifie à un trait qui appartient à celui de la personne aimée, son père. Dans le premier cas, nous avons affaire à un symptôme hystérique : ressembler à l'objet convoité par la personne aimée.

De plus, Freud propose la possibilité d'une identification hystérique par contagion ou suggestion. Le moi d'un sujet fait écho au moi d'un autre, par la détection d'une analogie sur un certain point, et ce point de rencontre permet l'identification (Freud, 1966, p.129). En 1933, il aborde l'identification de la position du garçon devant son père, qui veut être comme lui ou l'avoir. Or, seule la première proposition, être comme, est assimilée à de l'identification, la seconde, l'avoir, est attribuée à la notion de choix d'objet. Selon Freud, soit l'enfant s'identifie à *être comme*, soit l'enfant veut s'approprier l'objet *l'avoir*. Dans le Complexe d'Œdipe inversé, il y voit l'identification comme ce que l'on voudrait être et l'attachement, comme ce que l'on désire avoir (Freud, 1924), et il perçoit le surmoi comme la forme aboutit de l'identification (1933). Cette position du sujet face à l'objet, entre, être ou avoir, est le point de départ de l'identification théorisée par Lacan.

Dans la théorie freudienne, l'identification est un donc processus qui intervient pour préserver des traits de l'objet auquel l'enfant doit renoncer. Les différents renoncements au cours du développement de l'enfant sont déterminants de la qualité ultérieure de son narcissisme. Celui-ci est entièrement dépendant de la qualité du lien psychoaffectif mère-enfant, édifié à partir des interactions précoces que nous avons abordées en amont. Ces moments de séparations « nécessaires à l'humanisation de l'enfant » (Mellier, 2014, p.176), sont rencontrés aux différentes phases du développement : orale, anale, génitale. Ces séparations sont des castrations préœdipiennes (Dolto, 1984) qui sont de véritables épreuves pour le sujet.

Selon la psychanalyste, elles produisent des effets symboliques promotionnants ou pathogènes. Une castration symboligène est une censure qui ne se soutient pas d'une interdiction autoritaire, mais d'une interdiction nommée dans la bienveillance, à travers « une parole juste ». L'agent castrateur représente le moi idéal. Le franchissement de la castration est ainsi toujours accompagné d'un idéal, le moi idéal. Pour être structurant, ce moi idéal doit représenter une figure d'admiration. Dolto parle de moi-idéaux antiphobiques, donc protecteurs du narcissisme fondamental. Elle rajoute que le narcissisme conditionne l'articulation de l'image inconsciente du corps et du schéma corporel.

Le corps propre est le siège du schéma corporel. Celui-ci est le même pour l'ensemble de l'espèce humaine. L'image du corps est en revanche singulière. « Elle est la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles » (Dolto, 2002, p.22). Lorsque l'image du corps ne communique plus avec le schéma corporel, il peut se produire toutes sortes de dysfonctionnements, allant du symptôme dans l'hystérie jusqu'à la maladie organique. Le narcissisme permet non seulement l'union de l'image du corps et du corps propre, mais participe aussi à maintenir le sujet du désir en communication avec son corps. « C'est de seconde en seconde que le narcissisme d'un sujet reconduit le contrat du sujet désirant avec son corps » (Dolto, 2002, p.370).

Ces castrations précœdipiennes, lorsqu'elles sont réalisées dans la peur, la soumission, ou tout autre attitude négative du parent, sont à l'origine d'un narcissisme fragile, comme nous le développerons dans la partie – « les figures de la mère ». L'image inconsciente s'élabore à partir des effets du langage maternel et les expériences sensorielles que la mère et son bébé partagent. Dolto nomme cette période narcissisme primordial. Le narcissisme primaire se greffe sur le narcissisme primordial lorsque l'image spéculaire modifie l'image inconsciente du corps. En ce sens, celle-ci n'est pas le reflet du corps visible. L'image inconsciente du corps est le ressenti du corps alors que l'image spéculaire est une image fixe, de face, qui s'attache plus du paraître. « Le paraître se met à valoir, parfois à prévaloir, sur le ressenti de l'être » (Dolto, p.158). Dolto rabat l'image inconsciente du corps plus du côté du réel et l'image spéculaire du côté imaginaire. Elle est une plus-value par rapport à l'image spéculaire, bien que devant le miroir, elle disparaisse derrière l'image spéculaire.

L'épreuve du miroir n'est pas une condition nécessaire à la formation d'une image inconsciente, car elle existe même chez des enfants aveugles. Le visage de la mère et le regard qu'elle porte sur son enfant jouent un rôle identique au miroir ; « le précurseur du miroir, c'est le visage de la mère » (Winnicott, 1975 p.203). Il est captivant d'observer un nourrisson regardant le visage de sa mère, entre fascination et amour abyssal. Elle est tout son univers. En regardant le visage de sa mère, c'est lui-même que le nourrisson voit. Plus encore, le regard que la mère porte sur son enfant est en lien avec ce que son visage exprime. Son regard porte la trace de son désir.

Le regard peut ainsi être une source d'angoisse, pas uniquement dans le sentiment d'étrangeté qu'il engendre, mais probablement lorsque le miroir du regard de la mère est absent ou malveillant. Dans ce cas, il ne peut renvoyer à son bébé un sentiment de sécurité et de paix. « Si le visage de la mère ne répond pas, le miroir devient alors une chose qu'on peut regarder, mais dans laquelle on n'a pas à se regarder » (Winnicott, p.207). L'expérience du miroir est un moment qui peut être dévastateur pour l'enfant lorsqu'aucune parole ne l'accompagne. Elle peut demeurer une expérience de morcellement. « L'image spéculaire peut tout aussi bien intégrer qu'abolir l'image inconsciente du corps » (Dolto, 1992, p.72). Dolto entrevoit cette image inconsciente comme le lieu de la douleur, des affections psychosomatiques ou de la psychose. Elle intègre en grande partie la notion d'identité et d'identification. « L'image se lit dans une partie douloureuse du corps [...] la douleur fait partie de l'image du corps, comme lieu sensible où le sujet peut tenir son moi, ou même, son corps » (Dolto, p.18). Il y a de soi, du sujet, dans la partie du corps investi par la douleur.

2. L'identification à l'épreuve du Stade du miroir

« La transformation de l'amour en identification est quelque chose qui ne va pas tout seul » (Lacan, 1958a, p.528). Lorsque l'identification opère au Stade du miroir, c'est l'ensemble du savoir maternel et de la dialectique de son désir, qui s'inscrivent dans l'image spéculaire. Le Stade du miroir permet de comprendre comment l'image spéculaire s'édifie à partir des signifiants de l'Autre, eux-mêmes formés à partir du désir projeté en l'enfant à venir. En d'autres termes, les parents vont s'imaginer l'enfant à naître, est-ce une fille, un garçon, sera-t-il sage, intelligent, colérique, deviendra-t-il astronaute, médecin ou architecte. L'image spéculaire porte en elle les signifiants de l'Autre, qui le définissent en tant que sujet, mais surtout à une place attendue (Valas, 2013).

2.1. Les phases de la traversée du miroir

Lacan (1961) éclaire les processus identificatoires avec l'introduction du signifiant phallique. D'après lui, les identifications sont des phénomènes imaginaires et symboliques. Ils sont néanmoins à distinguer. Le Stade du miroir ou phase du miroir, comme il l'a renommé en 1949, est une période durant laquelle l'enfant, entre six mois et deux ans, fait l'expérience de l'appropriation de son unité corporelle et des imagos qui le constituent.

Le Stade du miroir est à comprendre comme une identification imaginaire, qui donne forme au narcissisme primaire (Dolto, 2002) ; « à savoir la transformation produite chez le sujet, quand il assume une image, – dont la prédestination à cet effet de phase est suffisamment indiquée par l'usage dans la théorie, du terme antique d'imago » (Lacan, 1949, p.449). C'est une épreuve de castration, où la présence de l'Autre détermine la direction de sa traversée. Cette identification primordiale préfigure également de l'aliénation à la mère et met fin au fantasme du corps morcelé par la formation du « Je », comme Gestalt (Dor, 2002). Il se déroule de façon simultanée au moment où le sujet devient sujet du discours, décrit dans l'étape 3 de la 1^{ère} partie du Graphe (cf. figure 19 – p.208). Nous y reviendrons. L'axe imaginaire [m → i(a)] est au cœur de l'articulation désirante du sujet, ce que nous déplaçons dans ce chapitre dans la partie suivante.

Le Stade du miroir éclaire trois phases identificatoires (Dor, 2002, p.101) :

1. L'enfant prend son reflet pour un être réel
2. L'enfant comprend que son reflet est une image et pas un être réel
3. L'enfant intègre que cette image est une image de lui

Le premier moment du Stade du miroir est une phase de confusion entre soi et l'autre. L'enfant perçoit son corps comme celui d'un autre et prend son image pour celle d'un être réel, semblable à lui (Razavet, 2001 ; Dor, 2002). Cette confusion indique que l'enfant est dans l'assujettissement à l'imaginaire et que sa relation à ses semblables est à tout jamais arrimée à ce moment fondamental. « C'est cette captation par l'imgo de la forme humaine [...] qui domine toute la dialectique du comportement de l'enfant en présence de son semblable » (Lacan, 1948, s.d). C'est pourquoi l'enfant vit l'ensemble ses émotions dans une dialectique aux autres enfants et pleure lorsqu'il voit un autre tomber.

« De même c'est dans une identification à l'autre qu'il vit toute la gamme des réactions de prestance et de parade, dont ses conduites révèlent avec évidence l'ambivalence structurale, esclave identifié au despote, acteur au spectateur, séduit au séducteur » (Lacan, p113).

Le second stade du processus identificatoire est le moment où l'enfant comprend que sa perception dans le miroir n'est pas un autre réel mais une image. « Il sait désormais distinguer l'image de l'autre, de la réalité de l'autre » (Dor, 2002, p.101).

Le dernier stade coïncide avec le premier stade de l'Œdipe. « Il acquiert la conviction qu'il n'est qu'une image qui est la sienne » (Dor, p.101). Progressivement, l'enfant intègre que l'image qu'il voit est la sienne, grâce à la présence de l'Autre qui l'authentifie. L'image spéculaire engendre le moi de l'enfant et le sentiment d'un corps propre, et provient de l'image de l'autre qu'il perçoit différente de la sienne. Lorsqu'il prend son image pour la sienne, une partie de l'Autre entre dans ce processus d'attribution de cette image du corps, mais tout de même un peu différente, de telle sorte que cela l'introduise à la différence et au tiers. L'Autre, pourrait donc s'apparenter à un miroir déformant (Golse, 2010). A ce moment-là, l'enfant est encore largement assujetti à sa mère.

Cette relation fusionnelle favorise l'identification de l'enfant à ce qu'il suppose du désir maternel (Dor, 2002). « Ce que l'enfant cherche, c'est à savoir - désir de désir - pouvoir satisfaire au désir de sa mère, c'est-à-dire “ to be or not to be l'objet du désir de la mère” » (Lacan, 1957, p.319). C'est pour satisfaire la mère qu'il veut se faire désir du désir de la mère. Le choix n'est pas un choix conscient comme tel. L'enfant est inconsciemment en quête d'amour.

« ... il doit (le sujet) nécessairement se poser non pas en tant que *a*, mais en tant qu'image de *a*, image de l'autre, ce qui est une seule et même chose avec le moi, cette image de l'autre, ce qui est une seule et même chose avec le moi. Cette image est marquée de l'indice d'un grand I, d'un Idéal du moi, en tant qu'il est lui-même l'héritier d'un rapport premier du sujet, non pas avec son désir, mais avec le désir de sa mère » (Lacan, 2013, p.138).

Le sujet s'identifie à la forme spéculaire, engendrée par la renonciation à être l'objet de la jouissance maternelle. L'enforme de (a) c'est la forme du désir et se faire désir de désir revient à s'identifier à la forme du désir de l'Autre. L'identité spéculaire est celle qui se fonde sur la capture imaginaire au moment où le sujet se fait désir de désir. La dernière étape du Stade du miroir peut inscrire le sujet à demeurer dans le mirage qu'il est cette image. Et, cette croyance est favorisée par la perception unitaire que l'image lui renvoie et qu'en s'identifiant à cette image, il peut maintenir l'illusion qu'il est lui-même complet. Cette identification imaginaire est dans la théorie lacanienne une illusion aliénante et aveuglante, non moins nécessaire à sa subjectivation. Elle a pour fonction de voiler et donc de supporter le manque. Ce que nous développons dans la partie - *Fonction de l'image spéculaire dans le champ scopique*.

Les premières identifications débutent donc au second et au 3ème stade du Stade du miroir ou premier stade de l'Œdipe, comme nous l'avons mentionné, où l'enfant est toujours dans une forme d'indifférenciation. C'est au moment de la demande de l'Autre, au stade anal, que la fonction de (a), comme articulée au désir de l'Autre, émerge. Elle révèle pleinement l'aliénation du désir du sujet au désir de cet Autre. Ce qui se joue durant le Stade du miroir se repère également au stade sadique anal freudien. Si le désir n'est pas formulé, le sujet va devoir se positionner face à ce qu'il a lui-même repéré et compris de ce désir.

Ainsi, à la sortie du Stade du miroir, « il s'identifie à ce qu'il suppose être le désir de la mère » (Dor, 2002, p.102). L'enfant de prime abord s'identifie à ce qu'il perçoit manquer chez sa mère, en incarnant son désir. L'enfant veut se constituer lui-même comme phallus, le signifiant du manque perçu chez l'autre. Quand l'enfant ne repère pas chez sa mère son désir, il est dans l'impossibilité de s'identifier à lui.

2.2. De l'identification à la séparation : la castration imaginaire

« Il faut partir de l'existence d'un phallus imaginaire. Le phallus imaginaire est le pivot de toute une série de faits qui en exige le postulat » (Lacan, 1994, p190). Le phallus imaginaire est une nécessité théorique pour comprendre toute la dialectique du désir et du manque. L'instauration du phallus imaginaire dans le psychisme du sujet en devenir débute avec la perception du manque chez l'Autre primordial, en l'occurrence la mère. Ses allers et venues (dialectique de l'absence-présence) indiquent à l'enfant qu'elle désire ailleurs. Et, si elle désire ailleurs c'est bien qu'elle manque de quelque chose. Il faut comprendre que le phallus est d'abord symbole du désir maternel, par rapport auquel le sujet doit se situer.

Le dernier temps du stade du miroir (premier temps de l'Œdipe) articule ainsi la triangulation imaginaire suivante : la mère, l'enfant et le phallus imaginaire (Razavet, 2000). C'est le stade où le sujet peut être figé devant la question « être ou ne pas être » le phallus imaginaire, c'est-à-dire le phallus comme instrument et non comme signifiant de la castration. A ce stade, l'enfant est toujours assujéti au désir de la mère. La mère toute-puissante est la mère réelle qui s'est instaurée au moment de la symbolisation de sa présence-absence, en tant que le sujet est, à ce moment-là, entièrement dépendant de son propre désir. « Ne pas vouloir que l'Autre soit châtré » (Lacan, 2013, p.275) consiste alors à éviter de percevoir le manque chez l'Autre. Le sujet se refuse de percevoir la castration de l'Autre pour se maintenir lui-même dans l'illusion qu'il n'est pas castré. La névrose s'origine dans ce refus de la castration de l'Autre. Maintenir le phallus de la mère (sa toute-puissance) permettrait donc au sujet de refuser la castration.

Pour introduire le sujet à la séparation, il est nécessaire que le manque s'y installe. Ce manque est celui « du signifiant particulier [...] le Nom du Père » qui institue « la loi d'interdiction de la mère » (Lacan, 1958a, p.238). Ce rapport au manque constitue les vecteurs de la relation d'objet et ce manque de l'objet peut s'entendre sous trois formes : la frustration, la privation et la castration. Au dernier temps du Stade du miroir, le manque concerne celui de la frustration, soit un manque imaginaire d'un objet réel. La frustration est en lien avec les traumatismes et fixations provenant de la période précœdipienne et prépare à la manière dont le sujet va aborder l'Œdipe « dans un sens qui pourra être atypique ou hétérotypique » (Lacan, 1994, p.62). La frustration convoque le réel dans la relation d'objet de la prime enfance et appelle à toutes les expériences réellement vécues, mais dont l'objet est imaginaire. L'objet est imaginaire dans la mesure où il ne peut être qu'un objet retrouvé. Il ne peut donc pas pleinement satisfaire la pulsion qui est à l'origine de sa rencontre avec ledit objet.

C'est ainsi que cela pose la question de la frustration. L'objet, même retrouvé, appelle au réel, il est le substitut d'un premier objet avec lequel le sujet a fait l'expérience de la pleine satisfaction (Lacan, 1957a). La frustration appartient ainsi au domaine de la revendication.

La frustration est un dommage, un « dam », une revendication, qui s'inscrit dans le registre imaginaire et se situe « dans le domaine des exigences effrénées et sans loi » (Lacan, 1994, p.37). Freud montre dans le jeu du *fort-da* de l'enfant, symbolisant la présence-absence de la mère, qu'elle est « autre chose que l'objet primitif » (Lacan, p.67). La mère, objet réel, n'est pas encore à ce moment-là objet différencié. Par contre, elle représente l'agent de la frustration que vit l'enfant lorsqu'il est en position de manque par rapport à elle-même. L'immédiateté ou non de la satisfaction pulsionnelle est conditionnée par l'absence ou la présence de la mère, en tant qu'agent symbolique de la frustration. « La présence-absence est, pour le sujet, articulée dans le registre de l'appel [...] Cette scansion de l'appel [...] offre au sujet la possibilité de raccorder la relation réelle à une relation symbolique » (Lacan, p.67). La présence-absence la fait devenir réelle (Autre) pour son enfant et devient une puissance (Lacan, p.68). Elle décide de donner accès ou non à son enfant aux objets de satisfaction, qui deviennent les objets du don maternel. L'enfant dépend « de cet objet réel qu'est désormais la puissance maternelle » (Lacan, p.68).

Cette symbolisation primordiale coïncide avec le repérage du désir de la mère vers un ailleurs, son va-et-vient (présence-absence) signifie que son désir ne se porte pas intégralement sur son enfant. Selon Lacan (1994, p.219), « derrière la mère symbolique, il y a le père symbolique ». La mère symbolique représente cette scène d'une mère qui n'est pas toute tournée vers son enfant. L'alternance présence-absence de la mère suppose que l'enfant est dépendant d'elle (mère réelle), mais aussi que ces allers et venues soient motivés par celui qui peut lui donner ce qu'elle n'a pas. Pour que cet ailleurs s'ordonne autour du phallus, dans le plan imaginaire, « une médiation est nécessaire, et que cette médiation est précisément donnée par la position du père dans l'ordre symbolique » (Lacan, 1958a, p.306). La fonction du père est d'être le signifiant (S) qui remplace celui de la mère (S'), représentant jusqu'ici ses va et vient (x), qui répond à l'énigme des allers-retours de la mère. Ce processus pose l'enfant en tant qu'objet partiel, car il comprend qu'il ne peut pleinement combler sa mère. Grâce à la substitution du signifiant de la mère par celui du père, la métaphore se produit. Tant que le signifiant du Nom du Père manque à l'équation du désir, le sujet ne peut pas se désarrimer du désir de la mère. Le père symbolique est donc celui qui détient le Phallus. Celui-ci n'est pas repérable comme tel mais il est « une nécessité de la construction symbolique » (Lacan, 1994, p.219).

Par conséquent, la mère, en tant qu'Autre primordial, a cette fonction toute particulière qu'elle ouvre au champ du symbolique et de l'imaginaire. Le phallus médiatise le collapse entre demande et désir pour introduire un écart nécessaire, car aucun désir ne peut être pleinement satisfait, dans la mesure où le désir interrogé (demandé) est le désir de l'Autre. Dès lors, le phallus fonctionne comme signifiant du désir, ce qui le distingue des objets a, qui répondent au désir, en tant qu'objets de don, remplaçable et substitutif, par l'impossibilité de le satisfaire pleinement. Ces objets (a) sont des objets phalliques, des substituts phalliques, mais ne sont pas le phallus, qui demeure au titre de signifiant du désir énigmatique de l'Autre (Safouan, 2001). Cette énigme provoque l'angoisse, c'est pour cette raison que le sujet s'identifie en premier lieu à ce qu'il a repéré de ce désir : son instrument, le phallus. Il s'identifie « au signifiant de la demande », « au trait unaire du signifiant de la demande » (Safouan, p.221).

De cette identification phallique, il doit pouvoir s'en soustraire pour en ériger le signifiant du phallus, « point de manque dans son irréductibilité à la demande » (Safouan, p.217), sinon il reste arrimé à ce qu'il pense avoir identifié comme désir de l'Autre et ne peut se constituer comme sujet barré.

3. Fonction de l'image spéculaire dans le champ scopique

Les racines de la constitution de l'image, que l'individu se fait de son propre corps, remontent aux premiers regards que les autres ont portés sur lui. Il cherche en l'autre le lieu, le sens et la cause de ce qu'il éprouve dans sa chair, car dans le regard de l'autre s'insère le regard que le sujet porte sur sa propre image (Gori & Del Volgo, 2005). Le Stade du miroir permet de comprendre la manière dont le regard s'intrique à l'image de soi. Et l'importance que le sujet porte au regard des autres semblables est expliqué par le fait que ce regard, dès l'enfance, atteste de son existence. Le miroir a le même effet que le regard. Il renvoie le sujet à un sentiment d'existence. L'étayage verbal et scopique de l'Autre détermine la manière dont les signifiants de son désir se superposent au reflet pour constituer l'image spéculaire.

La constitution de l'image spéculaire et la traversée du Stade du miroir sont ainsi profondément intriquées à la fonction du regard, car l'image de soi (moi idéal) est élaborée à partir d'un certain regard (idéal du moi), lui-même porteur et médiateur du désir de l'Autre.

Dans cette partie, nous développons de quelle manière l'image spéculaire est un socle pour la naissance de l'ensemble du système moiïque (moi, moi idéal et idéal du moi), en même temps qu'elle sépare radicalement le sujet de la connaissance qu'il a de lui-même. Nous abordons également la fonction qu'elle prend dans la dynamique psychique et pourquoi elle est la solution qui s'offre au sujet pour lutter contre l'angoisse que procure l'énigme du désir de l'Autre.

3.1. Fonction du regard : entre reconnaissance et aliénation

Dans le stade du miroir, nous avons expliqué que la fonction de l'Autre est d'introduire le signe, l'image de (a), au moment où le sujet s'identifie à cette image, désirée ou non par l'Autre. L'absence de repérage du désir se produit lorsque le sujet n'arrive pas à distinguer ce qui dans le regard de l'Autre dévoile la présence de l'objet (a). Ainsi, désir et regard sont entièrement dépendant l'un de l'autre. C'est le phallus imaginaire, en tant que donnant sa forme à l'objet qui nous intéresse, soit le phallus dans la dimension scopique (Lacan, 1961a). Comme nous l'avons décrit précédemment, il donne l'illusion au sujet de pouvoir saisir ce qui manque à la mère lorsqu'elle désire autre chose que lui. De cette identification phallique, il doit pouvoir s'en soustraire pour en ériger le signifiant du phallus, sinon il reste arrimé à ce qu'il pense avoir identifié comme désir de l'Autre et ne peut se constituer comme sujet désirant.

A ce stade du développement, l'identification est imaginaire et elle est à comprendre comme « une identification pour un certain regard de l'autre [...] pour qui le sujet joue-t-il ce rôle ? Quel regard est considéré quand le sujet s'identifie avec une certaine image ? » (Žižek, 2016, p.207). Le moi idéal représente l'image de ce que le sujet aimerait être et l'idéal du moi constitue la place d'où il se voit. L'idéal du moi c'est ce regard de l'extérieur qui s'intériorise. Le moi idéal recouvre ainsi un caractère antagoniste. Il se dédouble au niveau de l'Autre entre un Moi désiré (désiré par l'Autre) et un moi authentique. Ce moi désiré est le moi idéal. Le moi authentique est à venir (Lacan, 1961a). L'image supporte donc un idéal : le moi idéal – i(a), soit ce que le sujet pense être, mais qui est à la fois image de soi et image de l'Autre.

Une profonde aliénation à l'Autre s'opère à travers le moi idéal, témoignant d'un mode de satisfaction narcissique, d'une dépendance face à l'Autre, comme instance de reconnaissance du sujet. C'est pourquoi Lacan (1961a) qualifie l'image narcissique de substance du moi idéal. « La structuration imaginaire du moi se fait autour de l'image spéculaire du corps propre, de l'image de l'autre. Or, la relation du regarder et de l'être regardé intéresse bien un organe, l'œil » (Lacan, 1978, p.119). Lacan parle de pulsion scopique pour représenter la dialectique entre l'œil (regarder) et le regard (être regardé). Rappelons que les objets (a) sont le produit des différentes castrations qui se jouent durant le développement psycho-affectif de l'enfant. Dans l'espace du visible (l'image), l'objet (a) représente le regard.

Néanmoins, une schize s'opère entre l'œil, qui est la source de la pulsion scopique, et le regard, imaginé au champ de l'Autre qui est la cause du désir (Lacan, 1964). « Je ne vois que d'un point, mais dans mon existence je suis regardé de partout » (Lacan, 1973, p.84). Dans les deux cas, l'image intervient comme leurre par rapport au réel.

D'une part, l'œil est trompé par l'image. Le sujet peut croire à ce qu'il voit, comme dirait l'adage, mais ce qu'il voit est intimement lié avec ce que l'autre lui montre, consciemment ou inconsciemment. Lacan parle de la fonction de trompe l'œil pour mettre l'accent sur le leurre que représente l'image qui dupe l'œil. Ceci est d'autant plus questionnant dans notre monde contemporain baigné d'images et dont le système médical repose majoritairement sur l'imagerie en tant que preuve. L'œil peut également figer l'instant en une image à l'instar de Méduse, une des trois Gorgone, qui pétrifie tous ceux qui croisent son regard. C'est le « mauvais œil » évoqué par Lacan. A ce mauvais œil, le sujet donne-à-voir quelque chose de lui. Le sujet peut se prendre dans cette capture du regard. Plus encore, le piège est de se laisser prendre à sa propre image, à l'image spéculaire. En ce sens, le sujet risque de ne donner de lui qu'une apparence, un masque, qui le travestit, mais qui le protège également du désir de l'Autre (« je te donne ça pour pas avoir à subir l'angoisse de ne pas savoir ce que tu me veux »).

D'autre part, le regard supporte la fonction de voir et « joue un rôle tout à fait structurant dans cette fonction qui est l'image spéculaire, l'image de l'autre en tant qu'elle est dans cette relation spéciale, élective, l'image du corps propre autour de laquelle se fait toute la structuration imaginaire du moi » (Lacan, 1978, p.229). Le regard a la fonction de rendre le sujet, invisible lorsqu'il est hors du champ du regard, visible (Lacan, 1973). En d'autres termes, si personne ne le regarde, il n'existe pas. Ainsi, « le champ de la vision s'insère dans le désir » (Lacan, 2006, p. 290). L'articulation du regard à l'image spéculaire est à l'origine de la profonde aliénation à l'Autre, comme instance de reconnaissance du sujet.

Le regard remplit ou non sa fonction symbolique de reconnaissance. Dans le rapport à l'inconscient, le regard permet pour la première fois de situer la relation du désir, car le sujet cherche en l'Autre la cause de son être, de son désir. Il lui suppose un savoir (Lacan, 1964).

Paradoxalement, le regard structure le sujet car il atteste de son existence, autant qu'il peut le figer dans une image, celle d'un idéal, afin de demeurer l'objet de jouissance maternelle. Dans le registre scopique, le manque du sujet touche à son être, en tant qu'existence. « Il y a là de foncièrement insatisfaisant et de toujours manqué, c'est que : « jamais tu ne me regardes, là où je te vois. Inversement, ce que je regarde, n'est jamais ce que je veux voir » (Lacan, 1964, p.118). Le sujet cherche à voir ce qui manque derrière l'image $i(a)$, car derrière elle, il y a l'objet (a) qui se loge à la place du manque, celui qui le concerne en tant qu'être sexué (Lacan, 1968).

Si dans le champ scopique, le désir prend la forme du fantasme : $[\$ \diamond a]$, c'est pour appuyer cette intrication originelle entre regard et désir. Le regard est l'objet (a) de la pulsion, présent dans le fantasme (Lacan, 1955, 1963). Celui-ci articule le réel à la réalité, et permet ainsi une lecture propre et singulière du réel insaisissable. Les fonctions de la fenêtre et d'écran (surface/masque), évoquées par Lacan (1966), sont à comprendre comme métaphores du champ scopique par lequel le sujet peut saisir quelque chose du réel. Le rapport du sujet à la dimension scopique concerne donc la structuration de son monde. Le fantasme est « ce lieu d'issue, ce lieu de référence par où le désir va apprendre à se situer » (Lacan, 2013, p.30). Sa fonction est de définir la structure du désir en lien avec le niveau d'accommodation du sujet au désir de l'Autre.

En l'absence de repérage phallique, le sujet est dans l'incapacité d'élaborer son fantasme, qui lui permettrait de situer en tant que du sujet à l'objet du désir. L'écran du fantasme dissimule (a) en tant que reste, en tant que *fading*. Le sujet ne peut rien saisir de l'objet (a) sauf dans son fantasme, dans lequel il prend la forme du regard. Dans le fantasme, le sujet (S) est insaisissable comme tel, car il est la figuration d'une place. (S) est à la fois Autre et autre (Lacan, 1961). Lorsqu'elle cette place est occupée par l'image de l'autre spéculaire, elle a pour fonction de se combiner au désir, elle donne l'illusion d'être en présence de l'objet de son désir. Le leurre pour le sujet est de croire à sa présence. Plus il croit le reconnaître, plus il en est détourné (Lacan, 1962). Par conséquent, le fantasme est un dispositif, mettant en scène la façon dont le sujet, divisé par le langage, est articulé à l'objet du désir, car le réel passe nécessairement par l'objet (a) , et le phallus est ce qui jointe le réel à l'ordre signifiant (Leclaire, 1971).

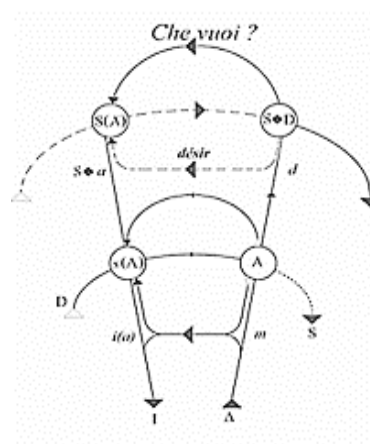
Le mythe religieux d'Abel et Caïen, sur lequel repose l'ouvrage de Zafirooulos (2009), nous apprend comment Caïen, en tuant son frère Abel, tue en vérité une image de lui (Abel est une image de lui-même), cette image de laquelle il doit se dépendre pour accéder au registre symbolique (Vasse, 1988). « C'est un véritable moment de passe délivrant le désir du sujet de sa prise dans l'image. C'est un moment de mutation subjective capitale, assurant son passage de la capture imaginaire [...] au monde du signe et de l'engendrement » (Zafirooulos, 2009, p.44). En tuant son frère, Dieu marque Caïen d'un signe de reconnaissance. Ce signe est un symbole de la déchirure du sujet entre son moi et son moi idéal (représenté par la figure de son frère incarnant l'idéal), afin qu'il puisse envisager son avenir à travers des idéaux soutirés du monde qui l'entoure.

Vasse (1988) explique que cette épreuve incombe à tout sujet qui désire naître psychiquement. Celle-ci est analogue à la naissance du « Je », exclu de la dimension imaginaire du moi, de l'axe imaginaire ($a - a'$) ou ($m - i(a)$), qui est un leurre, car il est le fruit des identifications imaginaires. Naître c'est pouvoir se séparer de ce qui a conçu le sujet et « revient à mourir à notre propre image pour être confiés à la parole qui nous nomme d'un nom propre dans un corps » (Vasse, p.31). Néanmoins, sur cette naissance pèse une menace, celle de l'anéantissement. Renoncer au fantasme d'autosubsistance du narcissisme primaire, qui est profondément une illusion, fait vaciller l'image que le sujet a de lui-même et avec elle le sentiment d'existence ; il peut alors se produire « un retrait commandé par la peur de vivre – qui transforme la chair en camp retranché de l'imaginaire » (Vasse, p.32). C'est le rôle de la castration symbolique que de séparer le sujet de son image spéculaire et de l'introduire au désir de l'Autre, par le manque qui en est son corolaire.

3.2. Fonction de l'image spéculaire : entre défense et méconnaissance

L'énigme du *Che vuoi* que Lacan soulève est une question en lien avec l'Autre et son désir. Le sujet fait face à l'énigme au cœur de toute demande : que me veut l'Autre, quel est son désir comme l'illustre la Figure 3, ci-dessous (Che Vuoi part du mathème de la pulsion, autrement expliqué par le rapport du sujet à la demande).

Figure 3



Source : Lacan (1959)

« L'image spéculaire a une face d'investissement, bien sûr, mais aussi une face de défense » (Lacan, 1961a, p.657). Derrière cette image, le sujet cherche l'objet (a) qui se loge à la place du manque, celui qui le concerne en tant qu'être sexué (Lacan, 2006) et permet de supporter, dans l'imaginaire, la détresse primordiale face au désir insondable de l'Autre et des autres, qui se supportent également de cette image. Elle peut se métaphoriser à travers l'idée du masque ou du voile, qui colore chaque relation sociale, amicale et amoureuse. « Dans l'illusion spéculaire, dans la méconnaissance fondamentale à laquelle nous avons toujours affaire, \$ prend fonction d'image spéculaire sous la forme de $i(a)$ alors qu'il n'a, si je puis dire, avec elle rien à faire de semblable » (Lacan, 1962, p.598).

Lacan (1959) évoque la fonction mythique d'Hamlet, le héros maudit de Shakespeare, face à cette question fondamentale qui se pose à lui : « to be or not to be » ; « être ou ne pas être »... le phallus. Il a fait l'objet d'une analyse approfondie dans le Séminaire *Le désir et son interprétation*. A l'aide du Graphe du désir, Lacan analyse les éléments du récit, afin de comprendre la position d'Hamlet face au désir. « Ce à quoi HAMLET a affaire...est le désir non pas pour sa mère mais de sa mère » (Lacan, 1959, p.332), car le désir de l'homme est soumis au désir de l'Autre, dès l'origine. Ce qui signe d'ailleurs la rupture avec Freud et son positionnement face à l'Œdipe (pour → de). Hamlet occupe ainsi une position féminine face au phallus. Cette soumission au désir de l'Autre est au cœur de sa problématique. Il faut entendre le drame d'Hamlet comme une tragédie précœdipienne, qui engage son existence même. En ce sens, on pourrait qualifier de *complexe* d'Hamlet, l'exigence de castration qui est implicitement demandée : se déprendre du désir de l'Autre. Faut-il l'identifier ce désir.

Cette aliénation désirante voue le sujet à l'*aphanisis* (Safouan, 2005). « La crainte de l'aphanisis chez les sujets névrosés doit être comprise dans la perspective d'une articulation insuffisante, d'une partielle forclusion du complexe de castration » (Lacan, 1959, p.237). C'est ce qui est fondamentalement paradoxal et qui assujettit le sujet pour sa vie entière à l'Autre est que le désir est ce qui demeure insondable dans la réponse de l'Autre. C'est pourtant à travers le repérage de son désir que le sujet réalise quelque chose de son propre désir. Dans la présence primitive du désir opaque de l'Autre, le sujet se retrouve alors sans recours, dans la détresse (*Hilflosigkeit*). C'est en cela que Lacan (1959) le pose comme une défense. Par son propre désir, le sujet se défend du désir de l'Autre. Cette position de détresse du sujet au regard du désir de l'Autre est au fondement de l'expérience infantile traumatique, contrairement à la position de toute-puissance souvent évoquée (Safouan, 2001). C'est de la toute-puissance de l'Autre dont il s'agit. Le désir est donc une défense contre cette expérience traumatique primordiale. Elle opère dans le registre de l'imaginaire grâce au fantasme, dont la fonction est de situer le désir du sujet parlant ; « c'est pourquoi le désir humain a cette propriété d'être fixé, d'être coopté, non pas à un objet, mais essentiellement à un fantasme » (Lacan, 2013, p.30). Le désir de l'Autre donne forme à l'objet (a) et donne forme à l'image spéculaire i(a).

L'inaccessibilité à ce savoir provoque l'angoisse et c'est pour s'en protéger que le sujet s'identifie en premier lieu à ce qu'il a repéré de ce désir. Lacan dit, dans ce cas, que le sujet se repère imaginairement et se fait désir de désir dans ce même mouvement défensif que soulève Safouan (2001), qui suppose que lorsque l'enfant ne repère pas le désir maternel, il s'identifie au signifiant de sa demande. Il représenterait ce qu'il y a de plus proche d'un désir, bien que la demande consciente est radicalement séparée du désir. Sur le plan inconscient, le désir de désir signifie « je suis cette image (se faire désir de désir), plutôt que de ne pas savoir qui je suis pour le désir de l'Autre ». Le manque au cœur de l'image peut être comblé par le sujet lui-même, en se substituant à l'objet qui devrait normalement le combler (Lacan, 1957b). Il s'identifie ainsi au phallus imaginaire, à une certaine image du désir, afin de maintenir une unité, car dans le registre scopique, le manque du sujet touche à son être en tant qu'existence.

L'image du moi s'origine donc dans la spécularité et « situe l'instance du moi, avant sa détermination sociale, dans une ligne de fiction, à jamais irréductible pour le seul individu » (Lacan, 1949, p.449). Ceci signifie que le sujet croit être ce qu'il voit dans le miroir. Il se prend pour ce qu'il n'est pas, parce que cette image lui renvoie un idéal, issue de l'identification imaginaire à l'Autre. Le moi idéal est en quelque sorte l'image que le sujet donne aux autres lorsqu'il cherche à se montrer plus fort. En ce sens, c'est tout le système moiïque qui est pris dans une forme de leurre. Cette image est portée par le moi idéal et s'apparente à un trait de caractère, qui témoigne d'un état sans nuances d'exigences du sujet par rapport à lui-même (Marty, 1990). « Le moi idéal dans sa forme la plus complexe constitue une instance désubjectivante du moi » (Dobénadian, 2011, p.94).

Ce leurre de l'image idéale a une fonction essentielle. Il permet de dénier la castration de l'Autre, comme nous l'avons mentionné. Et, un Autre non manquant est un Autre qui ne désire pas. En déniait la castration, il se préserve en fait de l'angoisse de ne pas savoir ce que représente (a), l'objet cause du désir, dans l'économie de son propre désir.

« C'est pourquoi le niveau dit quatrième, celui du désir scopique, celui où la structure du désir est la plus pleinement développée dans son aliénation fondamentale, est aussi, paradoxalement, celui où l'objet(a) est le plus masqué et où, de ce fait, le sujet est le plus sécurisé, quant à l'angoisse » (Lacan, 2004, p.376).

Au niveau du désir scopique, l'objet (a) est contenu par la capture de l'image spéculaire. De cette manière, l'angoisse est endiguée par l'absence de castration scopique (Lacan, 1963). Nous comprenons que l'angoisse a les rapports les plus étroits avec le processus identificatoire imaginaire et avec le choix identificatoire qui s'opère à ce stade.

Lorsque l'angoisse surgit, elle « est signe de l'écroulement momentané de tout repère identificatoire possible » (Aulagnier, 1962, p.387). C'est ce que Lacan (1961) précise lorsqu'il évoque l'angoisse en tant que mode radical sous lequel le sujet continue de soutenir le rapport au désir. Il formalise cela à travers la fonction (S) du sujet, qui, dans l'angoisse, est une place vide où l'image spéculaire ne peut surgir. Cela signifie que face au miroir, l'angoisse se manifeste lorsque le sujet est pris d'un sentiment d'étrangeté (Unheimlich). Le sujet ne reconnaît pas son image, elle lui est étrangère, comme si l'image avait disparu pour laisser place au manque. D'ailleurs, la demande mime les effets de l'angoisse face au vide, ce que nous verrons dans la partie suivante. En revanche, seul ce qui a été familier un jour (Heimlich) peut provoquer l'étrangeté. C'est ce qui l'amène à postuler que l'angoisse a toujours un objet contrairement à ce que Freud pensait (Lacan, 1963). On entend donc la fonction de protection de l'image spéculaire. Et, si être assujetti à l'image est pathologique, son inconsistance l'est tout autant. Celle-ci renvoie à un sujet sans enveloppe narcissique.

Par conséquent, Laurens (2006) explique que l'identification peut nuire à l'identité plutôt que de la constituer. Lors des identifications, le sujet peut se confondre avec l'Autre. C'est le premier moment du Stade du miroir. L'image confère ainsi une unité corporelle, et sa fonction est double et paradoxale : elle protège le sujet, car l'image devance le corps, mais elle engendre également une confusion identitaire, car le sujet peut se prendre pour l'image. Cette image spéculaire est donc un leurre nécessaire. Elle a une fonction dans l'imaginaire. Elle permet d'endurer la détresse primordiale face au désir insondable de l'Autre et des autres, qui se soutiennent également de cette image. Elle représente le voile indispensable, qui permet de supporter l'énigme du sujet désirant, et se manifeste dans l'infantile par un jeu de maîtrise que l'enfant, à un âge électif, a appris à manier dans une certaine référence à son semblable. Ce dont Lacan parle est le fondement imaginaire sur lequel sont basées toutes les relations aux autres, car le semblable ne peut être qu'un miroir.

La relation spéculaire est donc une réaction en miroir, une relation imaginaire. Celle-ci représente les relations de prestance, de force, de domination, de soumission, de négociation et de défaite (Lacan, 1958). C'est la façon pour un sujet de se positionner, tant bien que mal, face au désir de l'Autre, en jouant ce jeu de dupes. Patris (2008) souligne que la personnalité du sujet provient de la dynamique spéculaire : « la personnalité ne fait pas pour autant résistance au discours de l'autre mais, tout au contraire, lui abandonne les vérités qu'elle croit siennes » (Patris, 2008, p. 44). En d'autres termes, lorsque deux sujets se rencontrent, ce sont deux images qui se rencontrent. Dès lors, la relation spéculaire est une relation imaginaire, basée sur la rencontre de ces deux images.

Nous avons exposé de quelle manière le sujet est le plus à l'abri de l'angoisse lorsqu'il se confond avec le reflet de son image. Dans l'angoisse, il n'y a pas de castration imaginaire comme le précise Lacan (1962). Cet évitement de l'angoisse a donc un lourd tribut, il épingle le sujet à une place, celle de demeurer l'objet désiré de la jouissance maternelle. Cette place empêche le sujet d'accéder à sa détermination inconsciente. Lacan (1959) écrit le mathème du sujet identifié au phallus (être le phallus) sous cette forme $\Phi \diamond i(a)$ et le transfert illustre le rapport à l'image spéculaire comme un temps fondamental, ce que nous verrons au chapitre sur le transfert.

4. Figures de la mère et images narcissiques de l'enfant

Les premiers temps de la vie sont définis par la dépendance et la subordination à l'Autre, seul garant de la satisfaction des besoins de l'enfant aussi bien que du développement de ses capacités à devenir un être indépendant. Cet Autre primordial, supportant les fonctions maternelles, est aussi bien tout-puissant qu'en capacité d'introduire du doute, de façon à ce que l'enfant réussisse à intérioriser, introjecter, halluciner, différer, moduler, formuler, soit autant de possibilités de développer sa subjectivité. L'image spéculaire peut être profondément abîmée parce que la fonction maternelle peut faire défaut.

L'enfant est un lieu de projection des désirs et des blessures, parentaux, et la mère doit pouvoir passer d'un « lien narcissique à un lien objectal avec son bébé » (Alvarez & Golse, 2013, p.44), c'est-à-dire qu'elle doit permettre « l'instauration d'un écart intersubjectif » (Golse, 2016, p.121). Les auteurs rappellent alors que « le quotidien avec un enfant impose à l'adulte l'exigence d'incarner la fonction parentale, réactualisant les scénarios signifiants de la fondation du narcissisme. Ces scénarios inconscients viennent infiltrer l'interaction sous forme d'identification projective ou régressive, dans les situations normales et pathologiques » (Alvarez & Golse, 2013, p.44). Ils distinguent plusieurs situations que l'on peut qualifier de carences dans le lien, comme la dépression maternelle, la psychose maternelle, l'état-limite chez les parents ou encore les conduites addictives ou les maltraitances. Nous n'allons pas aborder l'ensemble des situations de carences, mais nous nous interrogeons sur les cas de l'extrême présence de la mère.

4.1. Castrations pathogènes et effets désubjectivants

Avec le stade du miroir, il nous a été permis de comprendre ce que signifie une identification, « à savoir, la transformation produite chez le sujet quand il assume une image » (Lacan, 1970, p.90). Nous avons mis en exergue de quelle manière, dans la relation primitive de la mère et de son enfant, l'Autre joue une fonction de miroir à l'égard du sujet émergent, un objet capable de lui renvoyer une image de lui-même (Roussillon, 2010). Si l'enfant ne trouve pas dans le regard maternel le miroir qui le reflète, il le cherchera en vain toute sa vie (Miller, 2013).

Si la mère ne reflète que ses états d'âme ou la rigidité de ses défenses, le sentiment d'existence de l'enfant peut être remis en question ; « le visage de la mère n'est alors pas un miroir » (Winnicott, 1975, p.206). Pourtant, le bébé ne renonce pas d'emblée à trouver une signification à ce visage qui ne reflète rien et peut trouver des solutions d'adaptation en étudiant « les variations du visage maternel pour tenter de prévoir l'humeur de leur mère » (Winnicott, p.206), ce que Miller (2013) constate avec les enfants « doués ». Le bébé peut anticiper les réactions de sa mère pour s'y adapter, au point d'effacer ses propres besoins. Or, sa capacité d'anticipation est précaire et son manque de maturation psychique le précipite aux frontières de ses limites. « Si le visage de la mère ne répond pas, le miroir devient alors une chose qu'on peut regarder, mais dans laquelle on n'a pas à se regarder » (Winnicott, 1975, p.207). Ainsi, « la menace d'un chaos se précise et le bébé organise son retrait ou ne regarde rien, sinon pour percevoir, et cette perception devient une défense » (Winnicott, p.207).

Selon Zafiroopoulos (2009), le regard est destructeur si le désir qui s'y arrime n'est pas articulé à la parole. Le désir est alors arbitraire, car il est indexé dans le registre du regard qui exige, sans rien dire. Assoun explique que « c'est jusqu'à sa propre image que l'absence de l'objet maternel fait vaciller, comme la voix la remet en place » (Assoun, 1995, p.61). La parole module ainsi le désir et son absence le rend totalitaire. Dans ce cas, le sujet « s'acharne à vouloir incarner l'idéal qu'il croit lire dans le miroir de l'Autre, position qui le condamne au registre du narcissisme et de l'impuissance » (Zafiroopoulos, p.41). Par ce sacrifice, il prend la place du manque et ce qui manque est la loi du Père. La mère n'est pas soumise au désir du Père (la fonction paternelle) (Lacan, 1963).

Bien que la voix puisse également engendrer une forme de violence que Bergès (2016) repère comme étant une intrusion de force du symbolique dans l'appareil psychique de l'enfant. Il peut se produire une « agression du symbolique » (Bergès, 2016, p.57). Celle-ci a lieu lorsque l'enfant doit se plier à la voix de la mère, donc à « la loi de la langue maternelle, la loi du signifiant » (Bergès, 2016, p.57). Lorsque le désir de la mère instaure l'enfant en tant que phallus, en tant qu'il doit répondre à son désir, alors cet impératif d'exigence peut forclure la détresse même de l'enfant, ses émotions, ses états internes angoissants, et empêche sa subjectivation.

Aulagnier évoque la violence primaire que peut exercer de l'anticipation du discours maternel et qui explique également de quelle manière la voix de la mère s'impose dans le corps de l'enfant. « La parole maternelle déverse un flux porteur et créateur de sens, qui anticipe de loin sur la capacité de l'infans d'en reconnaître la signification et de la reprendre à son compte » (Aulagnier, 1975, p.36). Par l'intermédiaire de sa propre psyché, la mère filtre et interprète le discours ambiant et le transmet à son enfant, non de manière brute mais déformée, déguisée, « prédigérée » pour faciliter sa mise en représentation. La mère est le porte-parole de son enfant.

« Quand la mère répond aux cris de l'enfant, elle les reconnaît en les constituant comme demande, mais ce qui est plus grave, c'est qu'elle les interprète sur le plan du désir, désir de l'enfant de l'avoir auprès de lui, désir de lui prendre quelque chose, désir de l'agresser, peu importe... ce qui est certain, c'est que par sa réponse, l'Autre va donner la dimension désir au cri du besoin, et que ce désir dont l'enfant est investi est toujours au début le résultat d'une interprétation projective, fonction du seul désir maternel, de son propre fantasme » (Lacan, 1962a, p.390).

Un basculement d'un côté ou de l'autre de la balance du maternage et le développement psychique de l'enfant sera affecté. Toutefois, comme le souligne le propos de Golse (2006), la psychopathologie seule de la mère n'est pas une condition pour présager du fonctionnement psychique et des répercussions psychopathologiques chez son enfant.

« Il importe en effet de souligner qu'il n'y a pas d'impact direct et linéaire de la psychopathologie maternelle sur l'enfant, ne serait-ce que parce que celui-ci suppose toujours la faillite du ou des Tiers qui auraient pu, ou qui auraient dû s'interposer pour le protéger » (Golse, p.175).

D'un côté et de l'autre de ce maternage, l'enfant est entièrement soumis à la loi de la mère. Dans le séminaire sur les *formations de l'inconscient* (1957-58), Lacan pose la question de l'existence d'une névrose sans Œdipe. Pour appuyer ses propos, il revient sur Freud qui postule la condition de la névrose avec la formation du surmoi, héritier de la traversée œdipienne.

Il se pose la question suivante : « est-ce qu'il n'y a pas, derrière le sur-moi paternel, ce surmoi maternel encore plus exigeant, encore plus opprimant, encore plus ravageant, encore plus insistant, dans la névrose, que le surmoi paternel ? » (Lacan, 1958a, p.262). La question de fond concerne la loi de la mère que Lacan suppose « toute entière dans le sujet qui la supporte, à savoir dans le bon ou le mauvais vouloir de la mère, la bonne ou la mauvaise mère » (Lacan, 1958a, p.315). Sa loi est son caprice.

4.2. De la mère idéale à la mère toute-puissante : l'enfant-objet de jouissance

« La réalité psychique de chacun doit [...] composer sa vie durant avec le désir primitif de retour à l'état de fusion avec la mère univers » (Mc Dougall, 1989, p.79). Le désir de retrouver cette unité avec la mère revient à annihiler tout désir ; cet état de « non-désir », c'est l'*aphanisis*. Pour Freud, le complexe de castration est la crainte soulevée par la disparition du désir, alors que pour Lacan, il s'agirait plus de la crainte de se réfugier dans l'*aphanisis*. Cette position face au désir permet de garder le symbole du Phallus, plutôt que d'y renoncer pour l'ériger en signifiant, ce que Lacan (1959) perçoit comme une forclusion partielle du complexe de castration. Se réfugier dans l'*aphanisis* indique que le sujet peut se maintenir dans l'illusion d'être l'objet désiré. Cette position face au désir est ce que Lacan (1964) soulève comme intervenant dans les phénomènes psychosomatiques.

Dolto (1984) explique que les castrations précœdipiennes peuvent être mal élaborées, lorsqu'elles sont réalisées dans la peur, sans respect ou sans compassion. Elles peuvent induire un sentiment de culpabilité ou une attitude de soumission, lorsqu'un parent se présente à l'enfant toujours de manière toute-puissante. « Ils inhibent par leurs interdits abusifs ou leurs prophéties absurdes le désir qu'à tout enfant de devenir autonome, le devoir et le désir de penser par lui-même et de prendre ses risques lorsqu'il en a décidé » (Dolto, 1984, p.346). Smadja (2012, p.25) nomme cet état de soumission, la négation de la vie individuelle. Le psychisme de l'enfant se soumet entièrement aux exigences maternelles le maintenant dans un état d'impuissance totale sans possibilité d'élaborer la moindre conflictualité avec l'objet. Cette soumission à la mère alimente un idéal maternel imaginaire, alors qu'il est d'une exigence extrême.

L'enfant tente de répondre en vain à sa mère en incarnant le phallus dont elle peut jouir. Il développerait alors une sensibilité extrême aux variations des états psychiques de sa mère et une grande vigilance à son égard (Smadja, 2012) et se retrouverait également dans l'incapacité d'exprimer une « agressivité pour vérifier l'existence et la solidité de l'objet » (Golse, 2016, p.123).

Selon Ciccone (1999), la fonction sacrificielle c'est l'assignation du sujet à une place d'objet, capable de réparer les défaillances narcissiques des parents et leur histoire infantile malheureuse. Il existe un contrat narcissique inconscient familial (Ciccone, p.132) où l'enfant est porteur et garant des défaillances narcissiques du parent concerné. Cette fonction sacrificielle est décrite par Vasse (1988, p.44) sous le concept de négation inconsciente de soi : « d'une manière ou d'une autre, les enfants tentent inconsciemment de résoudre l'angoisse maternelle en l'épongeant ou en d'y échapper en fuyant. Au prix de la négation inconsciente d'eux-mêmes ». Il se conforme à une image idéalisée de lui-même et peut se maintenir dans la passivité et dans la toute-jouissance que métaphorise la mère (Lebrun, 2004, p.74), jusqu'à qu'une parole Autre puisse l'en déloger. Dans le cas contraire, il ne pourra inscrire ses peines et ses souffrances nulle part ailleurs.

Cette image idéale deviendrait une prison, telle que Vasse l'a décrite. Elle le maintiendrait dans l'illusion de devoir correspondre à ce qui est attendu de lui et qui est un mensonge. L'enfant, en restant du côté de l'image idéale, est protégé de sa peur de naître, car « naître implique de mourir à ce qui le conçoit » (Vasse, 1988, p.31), donc se déprendre de la place à laquelle il a été assigné dans le montage fantasmatique de la mère. Sur cette naissance pèse une menace, celle de l'anéantissement. L'enfant peut alors développer une personnalité en faux-self pour recevoir des autres, à travers leur regard, de l'admiration, car « l'individu grandiose est admiré en tous lieux » (Miller, 2013 p.34).

« Il n'est qu'une image, un simulacre de vie. Il vit sa mort. Pseudo-indépendant, entretenant des relations fondées sur l'idée qu'il se fait de celles-ci, il passe à côté de la rencontre. Aucun désir propre ne l'anime. Par peur de déplaire, par peur de perdre l'amour, il se plie aux attentes de l'autre » (Zucker, 2012, p19).

Selon l'hypothèse de Miller, la grandiosité est le pendant de la dépression. Le sujet est un funambule qui peut basculer sur le fil de la grandiosité à une dépression sévère. Il suffit d'une faille pour que le rouage de cette mascarade cesse, et lui qui était admiré des autres n'est plus que l'ombre de lui-même. Dans sa pratique professionnelle, Miller rencontre des sujets, qui ont eu, dans leur enfance, une relation à une mère non disponible psychiquement, comme nous l'avons mentionné. Face à elles, il est des enfants, dotés d'une grande intelligence, d'une sensibilité extrême, très attentifs, mais surtout facilement manipulable et secourable. Ces enfants sensibles et intelligents vont réprimer leurs propres besoins, émotions, peurs, pour ne pas déranger et perturber encore plus leur mère. Ils vont faire preuve d'une grande intuition pour décrypter voire anticiper les besoins maternels pour la combler et recevoir ainsi l'amour tant attendu. C'est une soumission poussée à l'extrême, car à la différence de la simple soumission, ils sont capables de devancer ou deviner ce que la mère désire. Sans cesse confronté à un parent fragile et en souffrance, l'enfant peut également s'instituer à une place de soignant, car en apaisant la souffrance de son parent, il va pouvoir réinstaurer un lien d'amour plus serein. « Cette situation provoquera des effets identiques à ceux de la maltraitance » (Saunal, 2012, p.14).

« La difficulté de vivre et d'affirmer ses propres sentiments aboutit à figer le lien avec les parents, à lui donner une permanence qui empêche toute délimitation. Car les parents ont trouvé dans le faux-Soi de l'enfant la confirmation souhaitée, un substitut de la sécurité qui leur fait défaut, et de son côté, l'enfant qui n'a pas pu construire son propre sentiment de sécurité, est consciemment d'abord, puis plus tard inconsciemment, dépendant de ses parents » (Miller, 2013, p12),

Par conséquent, ces mères ne laissent pas de place à leur enfant pour devenir des sujets à part entière, elles les élèvent pour qu'ils demeurent emprisonnés dans l'image idéale qu'elles se font d'eux et qui leur permet de satisfaire leurs besoins. Ces sujets sont, selon le terme de Miller (2013), *étrangers* à eux-mêmes, concept qui rejoint toutes les formes de négation de soi ou de soumission. Le sujet n'est pas pour autant familier à lui-même, en tout cas, pas *complet*-ement. Il n'est pas complet, car l'incomplétude est au fondement de son être. L'étranger (le réel) à l'intérieur de tout sujet est au fondement même de la subjectivité.

Dans l'équation du sujet, le réel le pousse à chercher en l'Autre la vérité qui le cause comme sujet, c'est ce qui canalise, dans ce même mouvement, le désir vers les objets sexuels extérieurs Croix (2002). Renoncer au fantasme d'autosubsistance du narcissisme primaire, qui est profondément une illusion, fait vaciller l'image que le sujet a de lui-même et avec elle le sentiment d'existence (Vasse, 1988).

II. RESISTANCE INCONSCIENTE : DE LA MISE EN PLACE DU TRANSFERT AUX MODALITES DU DISCOURS

Au cœur de la relation de soin, les tribulations entre un médecin et son patient prennent place. Soigner le patient n'est efficace qu'à soigner la relation de soin mise à mal par un système de santé malade (Barrier, 2010). C'est ainsi que s'est développé progressivement le concept d'alliance thérapeutique, collaboration mutuelle entre un thérapeute et son patient dont la visée est partagée (Minjard, 2021), car le médecin est lui-même garant de l'efficacité thérapeutique de la prise en charge (Balint, 1972 ; Israël, 2005).

En psychanalyse, c'est le concept de transfert qui décrit le lien affectif particulier qui se tisse entre le médecin et un patient, dans le « colloque singulier » (Israël, 2005). A travers le transfert, deux sujets, deux inconscients, deux systèmes moiïques, sont traversés par de nombreux enjeux et conflits, qui confèrent des modalités particulières de mises en relation. Dans le transfert, Freud (1933) pense qu'on est face à l'automatisme de répétition, dépassant tous les autres principes de la vie psychique et allant à l'encontre du principe de plaisir. Pour Lacan (1961, 1966), la répétition concerne la demande du sujet. Par ce qu'elle recouvre, cette demande produit également la mise en acte du désir inconscient et peut mobiliser plus ou moins fortement les résistances inconscientes. Celle-ci nous intéresse car nous pensons que pour comprendre la résistance dans la douleur chronique, elle ne peut être réduite à une inadéquation moléculaire. Elle pourrait être en partie psychique. En ce sens, le repérage des résistances permettrait d'apporter un éclairage quant au manque d'adhésion thérapeutique.

1. Le transfert, cette autre scène

1.1. La dualité du transfert selon Freud

Natanson (2001) retrace l'évolution du transfert dans la littérature freudienne. Outre, les références indirectes au transfert qu'il constate dès les rapports que Breuer a écrits à propos du traitement de Anna O., « c'est dans le texte Fragment d'une analyse d'hystérie, paru en 1905, qu'apparaît pour la première fois clairement la notion de transfert » (Natanson, p.10). C'est avec le cas Dora qu'il qualifie le transfert, d'états psychiques inconscients, pour préciser qu'ils peuvent être rendus conscients grâce à l'analyse.

« Que sont ces *transferts* ? Ce sont des rééditions, des reproductions d'impulsions et des fantasmes qui sont réveillés par le progrès de l'analyse et qui se caractérisent par la substitution du médecin à une personne antérieure. Autrement dit, toute une série d'expériences psychiques antérieures reprennent vie, non pas comme des éléments du passé, mais comme une relation actuelle avec la personne du médecin » (Freud, 2010, p.217).

Mais comme le souligne Natanson c'est bien dans les *Etudes sur l'hystérie*, que Freud évoque que le transfert découle du dispositif psychanalytique et engendre une nouvelle création de la maladie. On peut lire en effet que Freud, bien qu'il ne nomme pas le transfert comme tel, le qualifiant de « procédé », le juge comme un obstacle inévitable, qu'il faut combattre, car il serait utilisé à rendre le matériel inaccessible. Ce procédé le questionne non seulement à propos de la grande implication personnelle que cela demande au thérapeute mais également aux sujets qui doivent être dotés d'un « certain degré d'intelligence au-dessous duquel il reste tout à fait inutilisable » (Freud, 1981, p.213). En même temps on a l'intuition que le concept de résistance est en construction. Le cas Dora donne un éclairage supplémentaire. Il ne pose pas le transfert comme un obstacle, mais comme ce qui le favorise, et il sépare la création du transfert comme étant la conséquence du dispositif analytique : « la cure psychanalytique ne crée pas le transfert, elle révèle simplement son existence » (Freud, 2010, p.219).

Dans *les cinq leçons sur la psychanalyse* (1924), nous apprenons que le transfert est une technique efficace « pour ramener à la conscience les éléments psychiques pathogènes et pour écarter les maux produits par la formation de symptômes-substituts » (Freud, 2001, p.54). Il précise que le sujet déverse, dans le transfert, un excès d'affects qui sont une réactivation de désirs infantiles inconscients, provoquée par un événement actuel. De plus, c'est par l'intermédiaire du transfert que l'on peut guider le sujet vers le but souhaité. Dans le texte sur *la dynamique de transfert* (1912), Freud le rapproche de la résistance en tant que transfert négatif, c'est-à-dire un transfert qui empêche l'action curative du dispositif analytique. Le transfert négatif peut être conjoint à un transfert tendre. Dans ce cas, on se trouve face à l'ambivalence affective du sujet. Dans ce même texte, il précise que le transfert n'est pas plus intense au sein d'un dispositif analytique qu'ailleurs, car il est attribuable à la névrose en elle-même. En 1920, il est identifié comme la reproduction d'un état affectif, un attachement entre l'analyste et son patient.

En résumé avec Freud, on comprend que le transfert est une situation dans laquelle l'analyste suscite une éclosion de sentiments. Il peut être positif. Dans ce cas le patient veut être aimé de son analyste, comme de son idéal du moi. Cette configuration du transfert engendre une identification narcissique à l'analyste. Il peut également être négatif en tant que butée à l'analyse. De ce fait, il sert à l'analyse autant qu'il l'empêche, lorsqu'il se mue en résistance. Dans la relation thérapeutique, le transfert amène le patient à rejouer, non pas les souvenirs souvent bien refoulés du passé, mais les affects attachés à ses représentations inconscientes. Ils sont souvent de nature œdipienne. A ce niveau-là de la relation thérapeutique, la névrose infantile a fait place à une névrose de transfert. En même temps, il permet de convaincre le sujet d'abandonner ses résistances. Ce phénomène permet à des représentations inconscientes chargées de ces désirs insatisfaits et donc riches d'intensité de se lier à des représentations plus légères, sans importance. Il permet donc une décharge lors d'une trop grande accumulation d'énergie. En réalisant que le transfert n'est que la réminiscence du passé, Freud propose de rendre le patient attentif à cette situation et de remonter aux sources de l'événement, qui en est à l'origine. Il s'agit désormais pour lui de surmonter cette nouvelle névrose, spécifique à la relation thérapeutique pour aboutir à la guérison du patient. De plus, le transfert n'est pas le phénomène privilégié de l'analyse, il se rencontre dans toutes les relations humaines. De ce fait, il permet l'éclosion de sentiments infantiles, parfois hostiles et indésirables, qui s'ils ne sont pas compris comme tels peuvent provoquer des résistances.

1.2. Lacan, de sa visite à Borghèse aux deux versants du transfert

L'histoire du bouquet renversé est l'illustration magistrale du transfert, élaborée par Lacan en 1961, dans son séminaire sur le transfert. Elle est née de sa visite à la galerie BORGHÈSE, où il tombe littéralement devant un tableau à la sortie de l'ascenseur, « un tableau d'un nommé ZUCCHI », peintre maniériste du XVIème siècle, représentant *Psyché surprenant Eros*. Il a fait de ce mythe antique une analyse structurale.

Figure 4



Source : Lacan (1961)

Au centre du tableau est peint un bouquet, qui dissimule le phallus de l'Eros, et Psyché, armée d'un cimeterre, éclaire, par cette lampe et par son regard, précisément cette mise en scène. Ce bouquet recouvre « le point précis d'une présence absente, d'une absence présentifiée » (Lacan, 1961a, p.397). Ce que Psyché a voulu dévoiler c'est la figure du désir, représenté par le symbole phallique Φ [grand phi]. Dans le tableau, Psyché représente l'image phallique. Cette image, en tant qu'elle est reflétée sur la forme du corps narcissique, est le support de la castration. Le symbolisme de ce tableau, comme présence absente, a inspiré Lacan dans l'élaboration de son schéma optique.

« Ce vase de fleurs, ZUCCHI se trouve avoir anticipé de trois siècles et demi... et je vous assure jusqu'à ces derniers jours : à mon insu ...l'image même dont je me suis servi sous la forme de ce que j'ai appelé « l'illusion du vase renversé » pour articuler toute la dialectique des rapports du moi idéal et de l'idéal du moi » (Lacan, p.390).

Le schéma optique articule toute la dialectique des rapports du moi idéal et de l'idéal du moi (Lacan, 1961a), et, par extension, ce qui se joue dans le transfert. Les figures 5 et 6 illustrent le rapport du sujet à son image - image que l'œil perçoit selon sa position devant le miroir concave (vision en cône). « Ce n'est que d'un point qu'on peut voir surgir autour des fleurs du désir cette image... réelle » (Lacan, p.562). C'est la métaphore de ce que perçoit l'enfant devant le miroir, qui lui donne l'illusion d'un tout (Gestalt) et qu'il formalise par $i(a)$, dans son schéma.

Dans la figure 5, l'œil situé dans un certain champ de vision, peut percevoir le vase, dissimulé en dessous de la boîte, comme formant une image unifiée avec les fleurs. En d'autres termes, l'image du vase est reproduite en symétrie sur le haut de la boîte, à partir d'un point spécifique du champ de vision. C'est donc une image, puisque le vase se situe bien dans la boîte. La figure 6 montre le même principe avec les fleurs. Dans les deux cas, l'œil perçoit une image réelle, complète, unifiée, à partir du point où il se regarde. L'image réelle, comme illusion, est ce qui permet de métaphoriser $i(a)$, qui est support de la fonction de l'image spéculaire (Lacan, p.617).

Figure 5

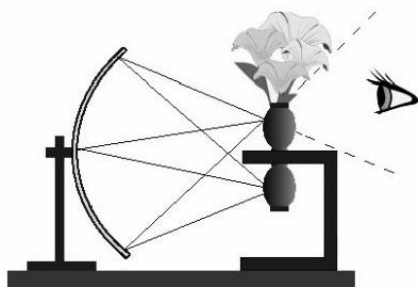
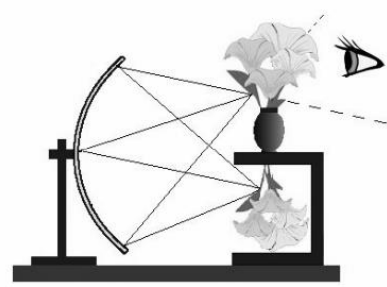


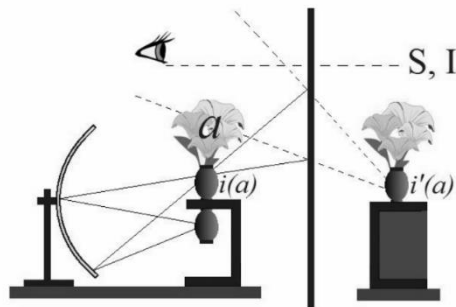
Figure 6



Source : Lacan (1961)

Le miroir plan (figure 7), adjoint au miroir concave, permet d'inclure le regard dans le champ spatial. Ce schéma repose sur le fait que l'œil de l'observateur, inclus dans le champ spatial, permet d'apercevoir l'illusion d'un vase en symétrie. Et, que même si sa position par rapport au miroir diffère (ce qui ne pourrait pas se produire avec le miroir concave, car il doit rester à une certaine place), tant qu'il reste dans ledit champ spatial (grâce au miroir plan), il continue de percevoir l'illusion. « Il peut voir d'une façon réfléchie se produire la même illusion sous les espèces d'une image virtuelle de cette image réelle » (Lacan, p.569). Il nomme A, le miroir plan, $i(a)$ ou $i'(a)$, le vase et (a) les fleurs.

Figure 7

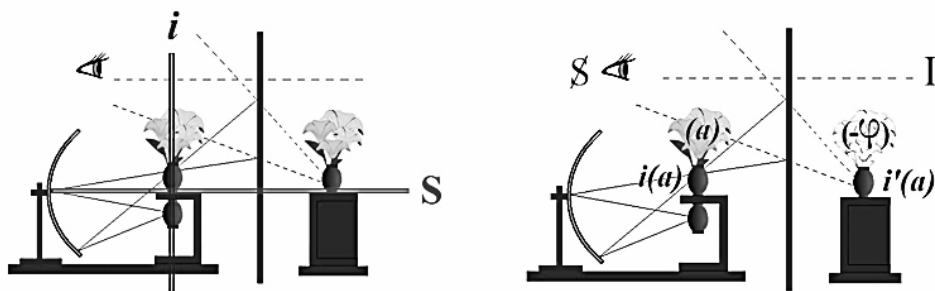


Source : Lacan (1961)

Le miroir plan c'est l'idéal du moi (I), l'Autre, comme lieu d'où peut se constituer « cette référence au moi – du moi à cette image à laquelle il s'identifie, mais qui ne se soutient comme problématique, qu'à partir du regard du grand Autre » (Lacan, p.584). La présence de l'Autre crée un champ virtuel, dans lequel l'idéal du moi fonctionne comme regard Autre. Le regard de l'Autre s'intériorise par l'intermédiaire du trait unaire, « ein einziger Zug » (Lacan, p.587).

L'image du vase renversé est la transposition, dans un schéma, de ce qui s'opère dans le transfert. Il est le résultat du schéma optique, représenté par le miroir concave, conjoint au miroir plan, représenté par l'axe vertical. Il montre que le transfert est tout à la fois imaginaire (i) et symbolique (I) (cf. figure 8). L'axe imaginaire convoque $i(a)$ en tant qu'illusion d'être complet, d'avoir son objet (a) près de soi. L'axe symbolique traverse le champ de l'Autre pour y voir son manque ($-\Phi$) : l'image virtuelle $i'(a)$, comme image dont l'objet de désir est absent. Le moi idéal est $i(a)$, l'image spéculaire prise dans le registre imaginaire. L'objet qui prend la place du moi idéal fait apparaître l'état amoureux, celui dont parle Freud dans le transfert (Safouan, 2001). Et, l'idéal du moi (I) appartient au registre symbolique, comme une parole qui décolle de la capture que produit le moi idéal. « Chaque fois qu'un homme parle à un autre, d'une façon authentique, et pleine, c'est un transfert au sens où il se passe quelque chose qui change littéralement la nature des deux êtres en présence » (Lacan, 1954, p.308).

Figure 8

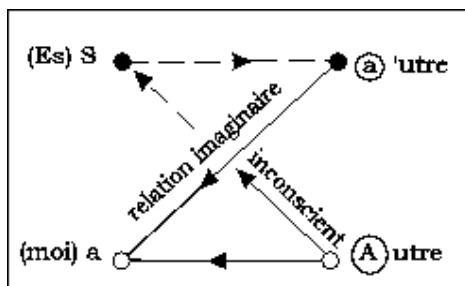


Source : Lacan (1962)

Selon Razavet (2000), le schéma (L) (cf. figure 9) indique la partition du sujet de l'inconscient et du moi, qui répondent respectivement à l'ordre symbolique et imaginaire. Ce schéma L donne une structure de ce que Lacan a théorisé en amont avec le vase renversé et le stade du miroir. Il permet une lecture schématique du stade du miroir et du transfert. Nous pouvons lire le schéma de la façon suivante :

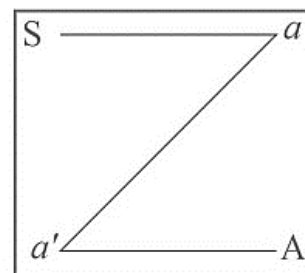
- Le sujet devant le miroir (S) a affaire avec son image dans le miroir (a'), qu'il prend pour quelqu'un d'autre ; vecteur (S - a').
- L'Autre est (A) est celui qui y assiste à la scène précédente. Il n'a plus affaire qu'au moi ainsi constitué (a) ; vecteur (A - a).
- L'axe imaginaire (a → a') est ce qui détermine la relation à notre semblable.
- L'axe symbolique (A → S) est la mise en relation de l'inconscient avec le sujet.

Figure 9



Source : Razavet, 2000

Figure 10



Source : Lacan, 1958.

Ce schéma L, ou autrement nommé schéma Z, permet de distinguer la dimension symbolique de la dimension imaginaire et montre de quelle manière l'axe imaginaire (a → a') fait obstacle/masque l'axe symbolique. Pour le situer sur le Graphe du désir, le moi (a), fruit du reflet dans le miroir et du regard de l'Autre, fruit des identifications, devient i(a) et l'axe imaginaire (a → a') devient l'axe (m → i(a)). Cette distinction est nécessaire pour comprendre la nature du transfert (Razavet, 2000).

Lacan explique de quelle manière le transfert permet l'éclosion de sentiments, comme le suggère Freud. En fait, l'amour mime les effets du transfert, car dans l'amour comme dans le transfert, l'Autre est un supposé savoir sur le manque. La genèse du transfert consiste à donner à l'autre ce que l'on n'a pas ou encore supposer à l'autre ce qui lui manque (Lacan, 1961a). L'amour se supporte ainsi de la rencontre de deux savoirs inconscients, ce qui fait le lit de toute relation transférentielle. « Le problème de l'amour nous intéresse en tant qu'il va nous permettre de comprendre ce qui se passe dans le transfert et, je dirai jusqu'à un certain point, à cause du transfert » (Lacan, 1960b, p.56). En 1971, il précise que les phénomènes de transfert reposent sur le fait que le savoir est présumé à la fonction de l'analyste.

« Dans la mesure où plus que jamais la science a la parole, plus que jamais se supporte ce mythe du sujet supposé savoir, et c'est cela qui permet l'existence du phénomène du transfert en tant qu'il renvoie au plus primitif, au plus enraciné du désir de savoir » (Lacan, 1966c, p.9).

Dans le transfert, la mise en acte du désir inconscient se produit, comme dans le fantasme, c'est pour cette raison que le symptôme peut s'actualiser. Il n'y a de symptôme que de l'(A)utre (Lacan, 1961). Cependant, un transfert efficace convoque le registre symbolique. Il se différencie du transfert imaginaire, qui fait obstacle à l'analyse. Les rapports entre le sujet et son analyste reposent sur un plan de l'économie narcissique du sujet. Et, si le transfert a un rapport avec l'amour c'est sur ce plan narcissique et imaginaire (Lacan, 1953).

1.3. Le transfert hors de la cure

Que des effets transférentiels se produisent en dehors de la cure, cela n'est plus à démontrer. Freud et Lacan partagent l'hypothèse sur l'universalité du transfert, comme cité dans ce passage de Freud (1961, p.544) : « la faculté de concentrer l'énergie libidineuse sur des personnes, doit être reconnue à tout homme normal ». Ce phénomène de la vie courante est simplement exagéré dans la situation analytique (Lacan, 1961). Les résistances de transfert sont très fréquentes dans les établissements de soins. Plus encore, « le malade quitte justement l'établissement dans un état inchangé ou de rechute, dès qu'il tombe sous la domination du transfert négatif » (Freud, 2013, p.66).

Israël (2005) estime que la médecine traditionnelle est infantilisante et que le médecin est perçu comme une figure omnipotente. Cette représentation s'élabore dès l'enfance, lorsque l'enfant est témoin de l'obéissance parentale devant la figure médicale. Il envisage alors cette fonction de puissance comme corollaire du rôle paternel. Il entrevoit aussi une fonction protectrice qu'il attribue au rôle maternel. Israël pense que ce qui se joue sur le plan inconscient dans la consultation médicale, appartient au registre œdipien. Néanmoins, la figure médicale évoque aussi le fantasme des parents combinés (Klein, 1968). Cette configuration favoriserait une conflictualité précœdipienne.

Le transfert est enraciné dans le désir de savoir (Lacan, 1961). Dans une consultation médicale, le patient cherche en la figure du médecin des réponses sur les symptômes dont il souffre. Ce savoir qu'il recherche met en place le transfert. Cette dynamique engendre des attentes inconscientes du patient que Derzelle (2013) repère de façon prégnante chez les patients douloureux chroniques et qui met les médecins à une certaine place au sein de la consultation médicale. Par contre, un savoir qui n'est plus supposé à l'Autre dissoudrait le lien transférentiel ou amoureux (Patris, 2008). Dans une consultation médicale, le médecin occupe une place de savoir et non de supposé savoir. Il se substituerait ainsi à l'instance maternelle dans l'enfance, telle que Bergès (2016) l'expose, à savoir, une place dont le savoir est univoque et divinatoire. Ceci favoriserait le transfert archaïque à la mère, un transfert mettant en jeu le corps du patient, et la réactualisation des enjeux précœdipiens, comme le souligne Delaroche (2003). Le savoir du médecin l'élève à une place de grand Autre et par contingence, une fonction spécifique est également attribuée à son regard. Ce regard Autre, surmoïque, contient plusieurs fonctions : du jugement à la reconnaissance. Le regard dans la consultation médicale opère sur deux dimensions. La dimension symbolique, celle du grand Autre, et la dimension imaginaire, celle de l'autre spéculaire. Le regard en face à face crée un dispositif où ce sont les deux « moi » de chaque individu qui se parle. Cette configuration maintiendrait le transfert du côté de l'imaginaire.

On entend comment dans une consultation médicale, le médecin peut être amené à jouer sur la scène inconsciente de son patient, ce qui favorise son contre-transfert. C'est cela qui a amené Balint médecin lui-même et psychanalyste a créé des groupes de praticiens mettant au travail « l'écart entre le savoir médical, le sujet du soin et le sujet soignant » (Reznik, 2009, p.30). Le groupe Balint est un dispositif incontournable lorsque l'on aborde la question du transfert dans la relation soignant-soigné. « C'est, en effet, sur cette relation transférentielle que le patient accordera au clinicien la confiance nécessaire au soin et, ainsi, la possibilité d'évoquer sa souffrance exprimée par ses symptômes » (Reznik, p.30). Dans ce dispositif, Balint propose aux médecins et soignants d'exposer un cas clinique et d'analyser leur contre-transfert (Reznick, 2009 ; Bacqué, 2013).

Fiumanò (2005) revient sur les accords et les désaccords qu'entretenaient Balint et Lacan sur la question du transfert et de la résistance. Pour Balint, la position de « passivité élastique » de l'analyste, selon ses propos, fait qu'il ne réagit pas dans la specularité c'est-à-dire qu'il ne confond pas sa fonction dans le transfert avec un simple rapport de specularité, soit un rapport banal d'amour, de haine, de soumission, etc. Balint s'inscrit dans la lignée freudienne du transfert et de la résistance ; cette dernière étant conçue comme une entrave à la libre association. Lacan est en rupture sur ce point avec Balint comme avec Freud. Bien que Balint parle de la fonction *autre* de l'analyste et rend vigilant au contre-transfert (ne pas réagir dans la specularité), il ne percevait pas que la relation ne se joue que sur le plan imaginaire, tout du moins au début de l'analyse. Le moi, dans sa fiction imaginaire originale, issue du Stade du miroir, fait barrage, non pas au travail associatif dans la cure, mais au discours de l'Autre, fondateur de son système symbolique. Cela veut dire que pour un temps, l'analyste n'a affaire qu'au moi de son patient, celui qui est dans le « semblant », le « mensonge » (à lui-même), sa propre méconnaissance. « Le tort de Balint, selon Lacan, est de concevoir le transfert comme un rapport duel [...] Celui-ci prévoit bien sûr une alternance de passivité et d'activité, mais ne sort pas du cadre d'une dépendance réciproque, d'une relation imaginaire de Moi à Moi » (Fiumanò, p.121).

Comme le souligne Bacqué (2013, p.354) : « la technique groupale s'appuie sur « la horde des frères plutôt que le père primitif » ». Elle repose sur les capacités d'abstraction des membres du groupe et vise la modification de la personnalité. Le « leader » s'abstient de ses propres commentaires, incarnant une place Autre. En ce sens le transfert au sein du groupe s'opère bien sur le plan narcissique et sur le plan symbolique, par la présence de l'Autre, ce leader « mutique » au regard surmoïque. Israël (2005) et Moreau Ricaud (2007) soulèvent des écueils quant aux dérives qui se sont installées. Israël évoque l'éclectisme des « leaders », à la fois psychologues, sociologues, médecins eux-mêmes, formés aux groupes Balint, bien que Balint dans un bilan critique, rendu public en 1966, ait voulu centrer l'attention sur le recrutement aussi bien des médecins que des leaders : « Balint a des exigences précises : « cette méthode exige un animateur familiarisé avec l'inconscient et ses mécanismes » (Moreau Ricaud, p.251). Israël avance encore le risque d'encourager le développement d'une puissance prométhéenne de certains médecins, qui « ne pourront faire moins que de reproduire avec leurs malades ce qu'ils ont subi de la part de leurs leaders » (Israël, 2005, p.249).

Dans cette perspective, le médecin formé au groupe Balint, et d'ailleurs, il n'est question que de changement de personnalité, ne modifierait que son moi, au risque même de le consolider sur un versant mégalomane. De surcroît, même si les résultats paraissent positifs au demeurant, lors des groupes, que deviennent-ils hors de ce lieu clos ? La personnalité peut-elle être transformée de façon pérenne, dans le temps ?

Par personnalité, nous entendons ce qui se rattache au narcissisme secondaire ou à la constitution du « Je » telle que Lacan la définit. Ce que nous avons développé précédemment. Cette personnalité appartenant, en partie, à la part consciente du sujet, il peut agir dessus. Or elle est également intriquée, au niveau inconscient, au désir de l'Autre. Cela compliquerait alors la possibilité d'agir sur le long terme. La force de l'inconscient reprendrait le dessus tôt ou tard, peu ou prou.

1.4. Paradoxe de la demande et sa formulation dans le colloque médical

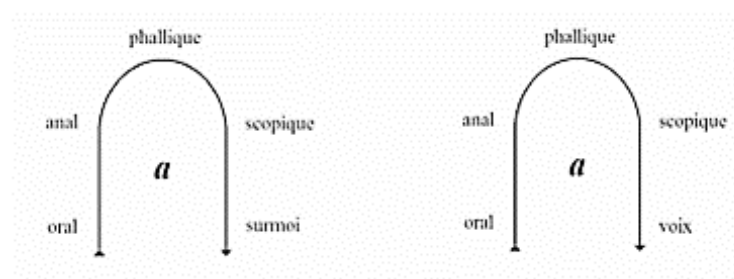
Selon Potier & Putois (2018), l'originalité de la psychanalyse réside dans la possibilité de pouvoir déchiffrer les enjeux inconscients qui jouent un rôle dans la réception des informations médicales et dans l'attitude que le patient adopte dans sa prise en charge. Ils éclairent le concept de demande tel que Lacan l'a développé, pour appuyer que celle-ci contient des éléments inconscients et n'est pas réduite à ce qui s'exprime consciemment. Le concept de demande dans une lecture lacanienne pourrait révéler les enjeux inconscients de la relation médecin-patient et de la plainte du patient.

La plainte est une adresse à l'Autre, une demande à son endroit. Celle-ci touche à la demande d'amour que Lacan (1961) nomme l'au-delà de la demande, en tant que l'amour enveloppe toute demande. D'autre part, elle est conditionnée par le désir inconscient – Lacan parle de condition absolue. En ce sens, répondre à une demande inconsciente sur le plan d'un discours conscient ne peut pas satisfaire le sujet qui demande autre chose. « C'est là que se produit pourtant toujours quelque résistance » (Lacan, 1961, p.333). Paradoxalement, c'est son insatisfaction qui la déplace toujours ailleurs et perpétue ainsi sa répétition. Ce déplacement est une nécessité pour le sujet, car « l'écrasement de la demande dans la satisfaction ne saurait se produire sans tuer le désir » (Lacan, 1961, p.339).

Par conséquent, l'inconsistance de l'Autre permet à l'énonciation de prendre la tournure d'une demande (Lacan, 1968) et l'insatisfaction du besoin est nécessaire pour préserver la fonction du désir, qui est désir d'un Autre. Elle rend également possible l'efficacité du lien social (Lacan, 1969). Pour autant, sur le plan conscient cette dynamique peut engendrer de la conflictualité. Ce paradoxe est une source de cristallisation des malentendus, entravant la qualité de la relation à l'autre.

Selon Lacan (1961), le transfert est la mise en acte de la répétition de la demande, laquelle dresse l'objet partiel à une place. Le rapport du sujet à l'objet est fonction - et du moment auquel la libido s'est fixée sur cet objet et de la réponse de l'Autre à la demande du sujet (figure 11). La demande orale est une demande *à l'Autre*. Elle élève l'objet partiel comme objet ambocepteur (partageable) appartenant aussi bien à la mère qu'à l'enfant. Ce qui est visé est le clivage de l'objet en tant que bon ou mauvais. La demande anale est une demande *de l'Autre*. Elle donne véritablement sa fonction à l'objet (a) en tant qu'il est un objet de renonciation à la jouissance (maintenir les excréments), et par contingence, de don, car la figure maternelle attend de son enfant qu'il le lui donne (l'expulsion des excréments). L'enfant choisi de lui donner, de satisfaire ou non à la revendication de l'Autre maternel. Ce moment introduit l'articulation du désir au désir de l'Autre. Ce point zéro du désir repose tout entier sur l'effet de la demande de l'Autre, qualifié de désir prégénital. Au stade phallique, le sujet passe du registre de la demande à celui du désir et entre dans le complexe de castration. La demande est également intrinsèquement liée avec la dimension de l'angoisse, comme nous l'avons mentionné précédemment. « La fonction angoissante du désir de l'Autre était liée à ceci : que je ne sais pas quel objet petit(a) je suis pour ce désir » (Lacan, 2004, p.376).

Figure 11



Source : Lacan, 1963

Dans la relation mère-enfant, si la mère répond sans frustrer un peu son enfant, c'est-à-dire, différer sa demande, ou si elle satisfait toujours pleinement, sans failles, aux manifestations de son organisme (faim, soif, etc), il ne peut pas apprendre à formuler ce dont il a besoin, il est dans l'impossibilité d'accéder au registre de la demande. Comme l'évoque Bergès (2016), la mère doit progressivement lui laisser une marge entre son besoin et la satisfaction de ce besoin, afin que s'imisce un écart dans lequel va pouvoir se loger la demande. Celle-ci porte la marque du désir de l'Autre, traces d'un passé où la mère a projeté en son enfant ses propres désirs, en interprétant ses cris. « Par sa réponse, l'Autre va donner la dimension désir au cri du besoin, et que ce désir dont l'enfant est investi est toujours au début le résultat d'une interprétation projective, fonction du seul désir maternel, de son propre fantasme » (Aulagnier, 1962, p.390).

D'être pris dans la répétition de la demande jamais entièrement satisfaite, l'objet réel, d'abord objet du besoin, devient un signifiant de la demande et un objet de désir. Pour que l'objet du besoin soit élevé au statut d'objet du désir, il doit venir à la place vide laissé par la transformation du phallus imaginaire en signifiant (Lacan, 1961). Il passe alors dans la dimension symbolique et fait surgir le petit (a) lacanien, soit le reste du réel. « La fonction du Phallus est ce qui doit nous servir de support pour formaliser cette transmutation de l'objet de besoin à l'objet de désir » (Leclaire, 1971, p.36). L'objet manquant du désir vient à la même place que l'instrument du désir, le phallus, porté à la fonction de signifiant. Le Phallus a donc une fonction d'équivalence dans le rapport à l'objet. Le signifiant phallique (Φ) et le symbole du phallus (l'instrument) se représentent. Le symbole vient à la place du signifiant manquant et l'objet (a) est un substitut du symbole phallique. Cette subversion est une nécessité pour que l'instrument vienne créer cette place symbolique.

La faille de la demande laisse apparaître celle du désir, mais qui ne peut de toute façon pas se dire ; le désir est un trou de l'énonciation, ce autour de quoi tourne l'énonciation. Ce trou dans l'inconscient représente le nœud d'un savoir défaillant. Le désir de savoir naît à cet endroit insaisissable. C'est parce qu'il y a un trou dans le savoir, que le désir de savoir émerge, et ce désir de savoir est en fait « le désir inconscient tout court, dans sa structure » (Lacan, 2006, p.274). La question que le \$ demande à l'Autre est ainsi un savoir sur son désir, afin d'en savoir un peu plus sur l'objet qu'il représente pour l'Autre (Lacan, 1962, p.333).

La tournure que prend la consultation est entièrement dépendante de la réponse du médecin à son patient, à le reconnaître en tant que sujet en souffrance, en manque de savoir sur son désir.

« Le dialogue qui s'établit dans la rencontre médecin-malade évolue donc sur deux plans : un plan conscient dans lequel à l'exposé de la plainte répond l'attribution des médicaments, et un plan inconscient dans lequel il y a un appel d'enfant vers le père, vers la mère » (Israël, 2005, p.132).

Dans une consultation médicale, le patient arrive avec une plainte (demande), posée à son médecin, seule personne qui aurait un savoir à ce propos. Or, l'objet de la demande n'est pas contingent au désir inconscient (Lacan, 1966). Le patient confie son corps à la médecine, afin qu'on le lui restitue dans sa fonction utilitaire (Israël, 2005, p.201). Il peut se présenter comme un paquet délibidinalisé voire dé-fonctionnalisé (Soler, 2009). Sa demande explicite est de réparer son corps défectueux à laquelle le médecin s'empresse de répondre, telle est sa fonction. Le médecin prend au pied de la lettre la demande qui lui est adressée, sans pouvoir imaginer que le sujet de l'inconscient demande autre chose.

« Il (le sujet) essaiera de faire passer dans la demande ce qui est l'objet de son désir, d'obtenir de l'Autre, non pas la satisfaction de son besoin... pour quoi la demande est faite ...mais la satisfaction de son désir, à savoir d'en avoir l'objet, c'est-à-dire précisément ce qui ne peut se demander » (Lacan, 1962, p.267).

Cette confortable complicité met de côté la place qu'occupe la maladie dans l'économie psychique du sujet. Pourtant, le malade ne demande pas de retrouver son corps uniquement dans sa dimension fonctionnelle (demande explicite). Il désire récupérer son corps de jouissance, qui d'être malade n'est plus capable de jouir (Lacan, 1966 ; Israël, 2005 ; Bergès, 2016), comme nous l'avons exposé au amont. Le corps de jouissance est en proie à l'absence de réponse de l'Autre supposé savoir ce qui se passe et qui « résiste au savoir qui pense pouvoir le maîtriser » (Spiess, Chevalerias, Razon, 2010, p.73). Ce savoir-là est arrimé à la connaissance scientifique. Et s'il résiste au savoir c'est parce qu'il n'est pas en rapport avec le savoir scientifique, mais avec un savoir sur la jouissance.

Le sujet souhaite récupérer son corps de jouissance qui est un corps absent au savoir médical, car de la jouissance, le médecin n'en sait rien, pas plus que le psychologue, à la différence que le psychologue n'est pas sans savoir qu'il n'en sait rien. Il ne cherche pas à boucher un trou que le discours médical ne cesse d'obstruer. Ce corps est absent au savoir médical, car il est pris dans une histoire personnelle et dans les effets du langage de son entourage, qui le rendent unique et non pas universel, comme le corps de la médecine.

Par conséquent, la demande est paradoxale (Hertzog & Razon, 2020). Même si la demande explicite du patient est de retrouver la pleine fonctionnalité de son corps, sans douleurs, la demande implicite du sujet n'a, pour ainsi dire, rien à voir avec ce qu'il exprime au médecin. La réponse médicale à la demande explicite du patient renvoie le sujet aux modalités de réponse à la demande, inscrite psychiquement dès l'enfance, que Lacan conceptualise avec le Graphe du désir. L'inadéquation entre la réponse à la demande et le désir inconscient produit un effet de réminiscence. Il n'y a de traumatisme que du malentendu qui s'origine dans l'interprétation du médecin au cri de douleur de son patient. Ce malentendu provient du hiatus entre la demande du patient et la réponse du corps médical, et le désir inconscient du sujet douloureux chronique (Lacan, 1966 ; Potier & Putois, 2018).

2. La résistance inconsciente : ses limites et ses perspectives

2.1. La résistance du point de vue freudien

« Nous appelons toutes les forces qui s'opposent au travail de guérison les « résistances » du malade » (Freud, 2002, p.40). La résistance est « résistance au devenir-conscient » (Freud, 2010, p.250). Elle épargne au sujet le déplaisir que pourrait lui causer la mise en liberté de ce qui se trouve chez lui à l'état refoulé. Il formalise la résistance par une force maintenant un état morbide déjà présent. Elle est l'indice d'un conflit psychique (Freud, 1933). La résistance fait jour dans le transfert par un sujet qui se défend spécifiquement contre le contact thérapeutique (Bergeret, 2008, p.105). Elle empêche le sujet d'accéder à sa détermination inconsciente (Laplanche & Pontalis, 2009). Elle est de nature inconsciente, d'intensité variable et dépend du principe de plaisir, néanmoins, elle est une fonction moiïque (Freud, 1920 ; Lacan, 1966). Le moi s'oppose à la remémoration de souvenirs indésirés, alors que l'inconscient cherche à se frayer un chemin jusqu'à la conscience. En même temps, les pulsions sexuelles inconscientes ne renoncent pas aux satisfactions qu'elles assouviennent à travers des substituts comme les symptômes, les rêves, etc, créés à partir des désirs infantiles refoulés. Un déplaisir pour un système peut être une satisfaction pour l'autre (Freud, 1920, 1924). La résistance varie en intensité selon qu'on se rapproche du contenu refoulé plus ou moins pénible et atteint son paroxysme lorsque la motion inconsciente ne tarde pas à devenir consciente (Laplanche & Pontalis, 2009). Elle peut témoigner d'une fragilité du système moiïque, dû à un masochisme peu structurant et un narcissisme peu solide. Pour Delaroche (2003), la résistance inconsciente peut se déchaîner dans le transfert et signifie un refus de guérir.

La résistance peut prendre des formes diverses, selon le degré de confiance/méfiante à l'égard du médecin, et elle s'exprime selon la structure psychique du sujet. Par exemple, dans la névrose obsessionnelle, Freud (1922) nous indique que la résistance est une résistance intellectuelle, qui se loge dans le doute. Parfois, la résistance fait éclore des sentiments d'hostilité. « On a par moments l'impression que l'intention de confondre le médecin, de lui faire sentir son impuissance, de triompher de lui, l'emporte chez le malade sur cette autre et meilleure intention de voir mettre fin à sa maladie » (Freud, 1961, p.350).

La résistance du patient est ici au service d'une lutte contre l'autorité selon Freud, et en même temps, une lutte de savoir. La résistance contient un savoir et il s'agit de pouvoir travailler avec, pour se saisir de ce qu'elle cherche à préserver du passé, mais également pour appréhender des sentiments de séduction ou d'hostilité, qui s'immiscent dans le lien transférentiel. « ... Elles (les résistances) contiennent de nombreux matériaux très importants se rapportant à la vie du malade et exprimés avec une conviction telle qu'ils sont susceptibles de fournir à l'analyse un excellent appui... » (Freud, 1961, p.350). Si ces résistances ne sont pas une surprise pour un analyste, elles le sont pour un profane qui peut être impuissant devant la force de leur manifestation.

« Il nous a fallu rechercher ces motifs ou ce motif, et nous l'avons trouvé, à notre surprise, dans un fort besoin de punition que nous n'avons pu mettre qu'au nombre des désirs masochistes. L'importance pratique de cette trouvaille ne le cède en rien à son importance théorique, car ce besoin de punition est le pire ennemi de notre effort thérapeutique » (Freud, 1933, p.146).

D'après Freud (1921 ; 1933), la résistance est toujours le signe d'un conflit inconscient. Les motifs de la résistance se logent dans un fort besoin de punition, un sentiment de culpabilité non-œdipien, lié à une attitude masochiste. Cette culpabilité est issue de motions agressives que l'enfant a ressenties vis-à-vis de ses parents mais qu'il n'a pas pu leur adresser. Le surmoi s'est alors emparé de l'ensemble de cette agressivité et le rend particulièrement sévère, exigeant voire même cruel. Une forte culpabilité amène à un fort besoin de punition et l'inélaboration du sentiment de culpabilité participe, selon Freud, à la résistance thérapeutique (Nayrou & Papageorgiou, 2011). Maintenir un état de maladie satisfait le besoin inconscient d'être puni.

Les névroses narcissiques ne présentent pas de disposition au transfert ; « la résistance est insurmontable » (Freud, 1922, p.515). Abraham (1919) repère également ces patients présentant une névrose narcissique, qui sont résistants à l'émergence du transfert. Il se montrent méfiant autant à la méthode psychanalytique qu'à l'égard du médecin. L'insuffisance du transfert empêche l'analyste d'occuper une place de père et lorsqu'un début de transfert se crée, les patients deviennent très exigeants à l'égard du médecin. C'est l'absence de satisfaction de leurs besoins narcissiques, qui fait échec à la bonne mise en place d'un transfert.

2.2. Principe d'inertie et pulsion de mort

Lorsque Freud (1920) dit que le transfert est l'expression de la résistance opposée par le moi à livrer les éléments refoulés, il explique que le moi se sert du transfert pour décharger une partie des affects, en les liant à des représentations actuelles. En même temps, il peut opposer, par la résistance, la remémoration des souvenirs passés. En d'autres termes, c'est parce que le transfert permet la décharge de certains affects pénibles, que le moi peut maintenir sa résistance à rendre conscient les mêmes événements inconscients qui les ont produits. Le transfert n'est donc pas dépendant du principe de plaisir, sinon, il ne favoriserait pas la réactualisation d'événements pénibles. Cette tendance à la reproduction est un principe constant des instincts, qui semblent eux-mêmes être l'expression d'une forme d'inertie inhérente à l'Homme.

Suite à ces découvertes, il évoque, dès 1922, que les forces pour expliquer le phénomène de refoulement sont les mêmes que pour celui de la résistance. Le refoulement et la résistance protègent le sujet, les forces qui les guident n'ont tout simplement pas le même objectif : enfouir un souvenir pénible actuel (passage du système perception-conscience à l'inconscient) ou empêcher sa remémoration (barrage au passage du système inconscient au système perception-conscient). Comme le souligne Lacan (1954), la force dont parle Freud c'est la défense. Cette nécessité inconsciente à répéter les mêmes situations, aussi pénibles soient-elles, est déterminée par la pulsion de mort. Ainsi, il fait l'hypothèse que cette pulsion est à la source de tous les processus psychiques. Ce point de vue est partagé et repris par Green (1973), qui pense que la pulsion de mort est à l'origine du travail de déplacement, de métonymie, et provoque la dissociation entre le représentant et l'affect. Les pulsions de destructions maintiennent le refoulé dans la ségrégation par la résistance. Cette résistance serait une résistance de l'affect à son enchaînement sous forme de représentation. Ainsi, la pulsion de mort a la charge de maintenir la dissociation entre l'affect et sa représentation, et par son allégeance à la résistance, lui donne les ressources nécessaires pour repousser et garder à distance la motion affective traumatique. Freud pense que le principe d'inertie de l'inconscient est à la fois sa détermination et l'obstacle dans la cure : « cette même tendance à la répétition se dresse souvent devant nous comme un obstacle thérapeutique, lorsque nous voulons, à la fin du traitement, obtenir que le malade se détache complètement du médecin » (Freud, 1966, p.46).

Dans *Psychanalyse et médecine* (1925), Freud parle du moment propice où l'analyste délivre ses interprétations. Une approche nouvelle de la résistance fait jour. Il soulève qu'une interprétation hâtive, qui ne respecte pas la temporalité du sujet, serait irrémédiablement refusée :

« Vous commettriez une lourde faute si, dans le désir par exemple de raccourcir l'analyse, vous jetez à la tête du patient vos interprétations aussitôt que vous les avez trouvées. Vous obtenez ainsi de lui des manifestations de résistance, de refus, d'indignation, mais vous n'obtenez pas que son « moi » prenne possession de ce qui est refoulé. La règle est d'attendre qu'il s'en soit approché tellement qu'il n'ait plus, guidé par vous et votre interprétation, que quelques pas à faire » (Freud, p.37).

Il est évident que la résistance qui se manifeste, selon cette perspective, est une résistance, non pas contre le savoir inconscient, mais contre le discours de l'Autre. Cette théorie est celle que développe Lacan.

2.3. La résistance à l'épreuve du discours lacanien

D'après Lacan (1966a), la résistance est la force qui permet au sujet de demeurer dans un certain confort avec la parole et avec ce qu'il dit de lui à son analyste : « la résistance tourne à maintenir le dialogue au niveau d'une conversation où le sujet dès lors perpétuerait sa séduction avec sa dérobade » (Lacan, p.172). La résistance ne doit pas être confondue avec les mécanismes de défenses, elle est constituée par ces derniers. Plus le sujet est défensif plus la résistance est grande. Nous avons soulevé que pour Freud, la résistance est une force identique à celle du refoulement et elle permet de maintenir à l'état de refoulé ce que le sujet refuse de se remémorer. Cette acceptation de la notion de résistance, partagée par les postfreudiens, interroge Lacan (1956, s.d.) :

« « Le sujet résiste » est entendu « il résiste à... » - A quoi? - Sans doute à ses tendances dans la conduite qu'il s'impose en tant que sujet névrotique, à leur aveu dans les justifications qu'il propose de sa conduite à l'analyste. Mais comme les tendances reviennent à la charge, et comme la technique est là pour un coup, cette résistance est supposée sérieusement mise à l'épreuve : dès lors pour la maintenir il faut qu'il y mette du sien et, avant même que nous ayons le temps de nous retourner, nous voici glissés dans l'ornière de l'idée obtuse que le malade « se défend » ».

Le sujet ne se défendrait donc pas contre ses propres souvenirs refoulés ou ses propres tendances inavouables, la résistance viendrait du discours de l'Autre et sur ce point il s'oppose à Freud : « Il est certain que les principes, tout bien fondés qu'ils soient, de l'analyse des résistances, ont été dans la pratique l'occasion d'une méconnaissance toujours plus grande du sujet, faute d'être compris dans leur relation à l'intersubjectivité de la parole » (Lacan, 1966a, p.171).

L'analyse des résistances a ainsi été dans la pratique l'occasion d'une méconnaissance toujours plus grande du sujet. Il soulève l'écueil de confondre résistance et défense du moi, alors que la résistance est d'abord celle du discours lui-même : « il est bon de rappeler que la première résistance à quoi l'analyse à affaire, c'est celle du discours lui-même en tant qu'il est d'abord discours de l'opinion, et que toute objectivation psychologique s'avèrera solidaire de ce discours » (Lacan, 1966a, p.228). Il soulève donc l'erreur de supposer que la résistance serait celle du sujet lui-même. Si une résistance se manifeste c'est parce qu'un discours Autre la produit, mais c'est également parce qu'un sujet y répond d'une certaine façon. Il s'agit de comprendre que le sujet reçoit la parole de l'Autre d'après sa propre structure psychique, sa propre lecture. Du fait de cette méconnaissance, le sujet peut interpréter le discours de l'Autre selon des directions inattendues et ce sont alors les effets de ce discours sur la structure qui engendrent des résistances. « Ainsi la parole peut devenir objet imaginaire, voire réel dans le sujet et, comme tel, ravalé sous plus d'un aspect la fonction du langage. Nous la mettrons alors dans la parenthèse de la résistance qu'elle manifeste » (Lacan, p.184).

La résistance est ainsi analysable à travers le discours lui-même, car il se manifeste dès que le sujet se met à parler. Cela rejoint la méconnaissance fondamentale du sujet à son endroit, car il pense que le discours qu'il formule le reflète dans son être. Le désir de maintenir le désir est la définition qu'il donne de la résistance. Maintenir son désir intact est permis par l'inscription dans un certain discours de l'inconscient et par la répétition de la demande dans le transfert imaginaire, celui de toute relation. C'est le Stade du miroir qui a donné son statut à la résistance. Avant de devenir une parole pleine, elle est soumise à la logique sociale. Le sujet adhère malgré lui au discours commun dans l'illusion que ce discours lui appartient, alors qu'il est discours de l'Autre. En ce sens, il s'oppose entièrement à Freud qui suppose que la résistance est une force avec laquelle il s'agit de lutter pour la faire céder. Si la résistance est d'abord celle du discours de l'Autre, soit un discours qui *ek-siste* au sujet, la lutte semble se situer ailleurs. La résistance se loge sur l'axe imaginaire, car c'est lorsque le transfert s'opère sur le plan imaginaire, qu'il est possible de parler de résistance.

L'attitude du médecin/analyste à l'égard du malade peut donc nuire à l'analyse, s'il ne parvient pas à repérer les résistances. Dans l'acception lacanienne de la résistance, elle ne peut se produire que durant l'énonciation d'un certain discours. Cela signifierait que si le sujet de douleur est repéré comme étant en résistance thérapeutique, en fait, il ne l'est qu'à cause d'un certain discours qui s'énonce durant la consultation médicale. Cela ne veut pas dire qu'en dehors de la consultation médicale, le sujet serait guéri, mais il n'aurait plus à résister contre ce discours, jusqu'à la confrontation au prochain lieu où s'énoncerait ce discours (groupes sociaux sur la fibromyalgie ?).

« Pour savoir ce qu'est le transfert, il faut savoir ce qui se passe dans l'analyse. Pour savoir ce qui se passe dans l'analyse, il faut savoir d'où vient la parole. Pour savoir ce qu'est la résistance, il faut savoir ce qui fait écran à l'avènement de la parole : et ce n'est pas telle disposition individuelle, mais une interposition imaginaire qui dépasse l'individualité du sujet, en ce qu'elle structure son individualisation spécifiée dans la relation duelle » (Lacan, 1966b, p.12).

Dans l'analyse, Lacan propose à l'analyste de conscientiser sa posture Autre et autre, soit ce qu'il représente pour un sujet au niveau symbolique et au niveau imaginaire. Alors, le médecin n'est pas un analyste. Ce n'est pas sa fonction. Il a tout de même un certain rapport avec l'Autre, en tant qu'il est un supposé savoir. Dans une consultation médicale, il doit pouvoir intégrer que son attitude et son discours vont avoir des effets de résistance chez son patient. Au même titre qu'un analyste, qui, tant qu'il reste mutique, il est à une place Autre, mais lorsqu'il se met à parler, il devient un autre. Lorsqu'il se met à parler, il peut également faire surgir quelques résistances. Le médecin pourrait donc consciemment agir sur le discours qu'il formule et la façon dont il le formule, afin de préserver le désir qui cherche à se faire reconnaître dans le transfert. En d'autres termes, c'est l'autre, en tant qu'il formule un discours *Autre*, avec lequel le sujet est en opposition, et non l'Autre, muet, silencieux, qui déclenche les résistances.

2.4. Les mécanismes de défenses

L'intensité de l'attitude défensive renseigne sur la résistance, puisque cette dernière est constituée de l'ensemble des défenses d'un sujet comme le souligne Lacan (1954). Il est donc intéressant de comprendre à quelles défenses le sujet peut avoir recours, afin de comprendre ce que cette résistance inconsciente renferme. L'approche freudienne indique que le sujet qui est confronté à une première expérience pénible refoule ladite expérience contre laquelle il doit ensuite lutter (refoulement → résistance), tandis que Lacan (1959) pense que le sujet se défend d'abord devant le désir angoissant de l'Autre. Par conséquent, le désir même du sujet est une défense en soi. Dans cette perspective, les défenses sont nécessairement inconscientes.

Freud a donné pour la première fois une définition du terme de mécanisme défensif, en 1896, dans les *Nouvelle remarques sur les psychonévroses de défense*, qu'il décrit en ces termes : « leurs symptômes (des psychonévroses de défense) survenaient par le mécanisme psychique de la défense (inconsciente), c'est-à-dire par la tentative de refouler une représentation inconciliable qui était entrée dans une opposition pénible avec le moi du malade ». Il évoque le mécanisme du refoulement qu'il observe comme « le point nucléaire » du processus à l'origine des névroses.

En 1926, il repère que la régression et la formation réactionnelle s'ajoutent au refoulement en tant que mécanismes défensifs. On repère également que l'inhibition joue un rôle défensif, bien que Freud ne le formule pas explicitement. Lacan (1954) montre que les mécanismes défensifs sont liés à la relation narcissique du moi à l'autre. Les défenses se forment et se jouent sur le plan narcissique, comme l'a évoqué A. Freud avec son ouvrage *Le moi et les mécanismes de défense* en 1936. C'est d'ailleurs la lecture de son ouvrage que Lacan commente en 1954 dans son premier séminaire *Les écrits techniques de Freud* dans lequel il insiste sur la dimension profondément défensive du moi dans l'analyse.

Un tournant est opéré en 1972 par Bergeret lorsqu'il dénonce la représentation réductrice des mécanismes de défenses, en tant qu'ils seraient uniquement pathologiques, alors qu'ils renseignent surtout sur les capacités d'adaptation du fonctionnement psychique. Il précise qu'un sujet n'est pas malade parce qu'il use de mécanismes défensifs mais parce que leur utilisation est trop rigide, inadaptée ou inefficace par rapport à la réalité externe ou interne. Le niveau d'adaptation des défenses informe donc sur le niveau de maturation psychique et selon Bergeret (2008, p.123), « on peut considérer de façon économique et génétique qu'il existe à la fois une constante articulation de nombreuses défenses entre elles et à la fois aussi une hiérarchisation à différents degrés des principales défenses ».

Actuellement, leur classification est toujours discutée et le nombre de mécanismes ne fait pas consensus. Dans leur ouvrage *Les mécanismes de défense*, Ionescu, Jaquet et Lhote (2020, p.7) élaborent un travail fouillé consistant à « présenter, de manière didactique les connaissances de base sur les mécanismes de défense ». Chabrol et Callahan (2018, p.30) soulignent la nécessité de considérer que « chaque mécanisme de défense peut être décrit comme constituant un continuum de formes d'intensité croissante ». Ils exposent les mécanismes défensifs d'après l'échelle du fonctionnement défensif du DSM IV. L'échelle rassemble les mécanismes de défense, issus de la psychanalyse en tant que concept phare, et les mécanismes de maîtrise dits de coping, issus de la branche cognitivo-comportementale de la psychologie. Les stratégies de coping sont considérées comme des processus conscients, volontaires et flexibles, contrairement aux mécanismes défensifs, bien que cette opposition ne soit pas aussi tranchée et ne fait pas non plus l'unanimité (Ionescu, Jaquet, Lhote, 2005 ; Chabrol & Callahan, 2013).

Dans le DSM-IV, les deux concepts sont assimilés. Si ce rapprochement est questionnant, « les caractéristiques « automatiques » et non conscientes suggèrent que le DSM-IV se réfère à la définition classique des mécanismes de défense » (Chabrol & Callahan, 2018, p.32). De plus, bien que leur utilisation puisse être consciente, les processus qui les produisent demeurent hors de la conscience. En ce sens et en raison de leur approche majoritairement psychanalytique, nous partageons la vision des auteurs sur la richesse de cette classification. Voici ce que qu'ils en disent :

« Il paraît désormais assez vain d'opposer l'approche psychanalytique des mécanismes de défense et l'approche cognitive-comportementale des processus de maîtrise. Elles peuvent utilement collaborer à une compréhension plus élargie du fonctionnement du sujet en réponse aux conflits et sources de tensions internes et externes » (Chabrol & Callahan, p.10).

Nous reprenons la classification selon le degré d'adaptation de Chabrol et Callahan (2013), pour l'intérêt qu'elle représente sur le plan de la maturation psychique, comme nous l'avons mentionné. Ce qui nous paraît d'autant plus pertinent, c'est la prise en compte du caractère inadapté de l'image de soi, du corps et des autres, lorsqu'on est en présence de mécanismes de type immatures.

Ils précisent que les mécanismes dits matures ou d'un niveau adaptatif élevé sont involontaires et automatiquement activés, hors du contrôle du sujet, que les défenses dites névrotiques (inhibitions mentales et formations de compromis) sont « hors de la conscience des idées, des sentiments, des souvenirs, des désirs ou des craintes potentiellement menaçants » et « altèrent la réalité interne, mais sans distorsion importante de la réalité externe » (Chabrol & Callahan, p.43) et que les mécanismes immatures « peuvent altérer l'épreuve de réalité » et se manifestent dans les troubles de la personnalités, même si « leur activation brève peut servir l'adaptation dans des situations de stress sévère » (Chabrol & Callahan, p.67).

Les mécanismes de défense dits de niveau adaptatif élevé sont l'anticipation, la répression, l'altruisme, l'auto-observation, l'affiliation ou la capacité de recours à autrui, l'affirmation de soi par l'expression des sentiments. Les mécanismes de défense névrotiques sont le refoulement, le déplacement, la formation réactionnelle, l'annulation, l'isolation, la dissociation et l'intellectualisation (Chabrol et Callahan, 2013).

Les distorsion mineures de l'image de soi sont provoquées par la dépréciation, l'idéalisation et l'omnipotence, défenses narcissiques, régulant l'estime de soi selon les auteurs. Les distorsions majeures, quant à elles, sont provoquées par le clivage, l'identification projective et la rêverie autistique. Ce niveau de distorsion de l'image peut nous éclairer sur notre hypothèse de recherche, supposant une image de soi pathologique dans la manifestation de résistances psychiques, dans la douleur chronique nociplastique.

Pour les personnalités limites, nous trouvons : le déni, la projection et la rationalisation. Et, pour les organisations les moins structurées, il y a également le niveau de l'agir regroupant « passage à l'acte, retrait apathique, plainte associant demande d'aide et son rejet, agression passive » (Chabrol & Callahan, p.101).

Les auteurs rapprochent le passage à l'acte de l'activisme et les distinguent de la manière suivante : « l'activisme décrit la dépendance psychologique à une hyperactivité souvent professionnelle dans laquelle le sujet décharge son angoisse chronique et qui peut renvoyer à des significations multiples : conduite addictive, formation réactionnelle, réparation » (Chabrol & Callahan, p.102). Cette précision est à notre sens importante, en regard des hypothèses d'activisme dans la fibromyalgie.

Pour clore cette partie sur les mécanismes défensifs, rappelons en quoi ils peuvent révéler la présence d'une résistance psychique. D'une part, celle-ci renferme les mécanismes défensifs. De par son caractère inconscient, seuls les défenses sont observables. D'autre part, c'est également leur maturité, leur efficacité et leur souplesse, qui renseignent sur la force de la résistance. Plus les défenses sont immatures et inadaptées, plus la résistance est difficile à surmonter. Dans ce cas, la relation narcissique à l'autre, lorsqu'elle fait émerger une conflictualité, peut provoquer une cristallisation de la résistance.

3. Discours, ordre social et résistance du sujet

Le contexte politique et sanitaire questionne la pratique médicale actuelle, mais également les attentes des patients vis-à-vis de cette médecine désignée comme toute-puissante. Lacan théorise les quatre discours pour comprendre comment le discours fait lien social mais également comment il peut être à l'origine de la résistance. « Si on veut faire, si on veut appartenir à, si on veut avoir des relations avec les autres, il faut parler, échanger – ou se taire – mais enfin il faut s'inscrire dans un de ces quatre discours » (Clastres, 2012, p.68).

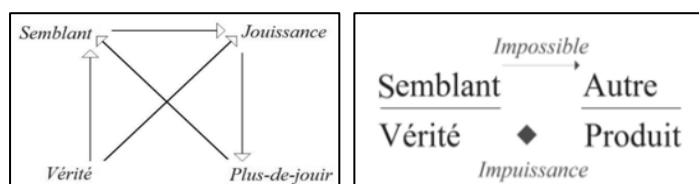
3.1. Structure et énoncé du discours

Les quatre discours lacaniens (figure 12) montrent la prise du sujet dans les effets de signifiants, qui le divisent en tant que sujet, et sont tous déterminés par la place du savoir. Le savoir est articulé au réel, puisque les différentes castrations produisent une perte définitive de savoir, mais permettent l'instauration de l'objet (a), comme cause du désir (de savoir). Le (a) concerne les quatre objets de la castration : oral, anal, scopique et vocal. Le plus-de-jouir (a) est ainsi nommé pour valoriser le renoncement auquel l'enfant est confronté à chaque moment crucial de son développement : renoncer au sein (la demande à l'Autre) et aux fèces (la demande de l'Autre), objets pris dans le besoin, et renoncer au désir de l'Autre (objet scopique et vocal). En même temps, (a) constitue un savoir sur la vérité, mais qui doit rester une énigme (Lacan, 1973). C'est la raison pour laquelle, dans les discours lacaniens, ni (a), ni le produit du discours, n'atteignent jamais la vérité (le vecteur part toujours de la vérité et non l'inverse). Le « mur » qui empêche le savoir de rejoindre la vérité est le lieu de la castration (Lacan, 1972a). Le discours s'oppose à la parole, puisque c'est le réel (a) qui détermine le discours (Lacan, 1966, 1971b). Il n'empêche que le discours s'émet d'un lieu de parole (Valas, 2009) à partir de la vérité qui le fonde, à savoir sa division subjective : c'est la place de l'agent (ou semblant) (Lacan, 1969, 1971). Le semblant n'est pas un mensonge comme tel, mais il est semblant de vérité. Enfin, il vise le produit de la jouissance de l'Autre : son savoir.

Les mathèmes des discours représentent les quatre possibilités d'articulation du sujet au monde, selon la place qu'il prend dans le discours, par la structure quadripartite des mathèmes : \$, S1, S2 et a, soit respectivement, le sujet, le signifiant Maître, le savoir et l'objet (a). Le discours est conçu comme statut de l'énoncé (S1) intervenant dans une batterie de signifiants, qui forment un réseau de savoir (S2). Le signifiant (S1) représente le sujet (\$) auprès d'un autre signifiant (S2) qui ne le représente pas (a) et selon Lacan (1966a), ceci est la structure de toutes les formations de l'inconscient. Elles sont donc toutes l'effet d'un discours. Cela veut également dire que l'inconscient est l'effet d'un discours ou comme Lacan le dit il *ek-siste* au discours. C'est-à-dire qu'il est produit par le discours mais en garde une extériorité radicale. « S1 précède et toujours détermine S2, chaque discours engendre et n'engendre que de la signification ; cette signification discursive est signification des dits dans lesquels baignent les sujets qui habitent ce discours mais à laquelle ils n'entendent rien » (Askofaré & al., 2009, p.274). Le sujet de l'inconscient est ainsi le sujet d'un discours Autre qui le surdétermine (Lacan, 1972b). Le rapport (la barre) se situe entre l'agent (le semblant) et la vérité ou entre le savoir (la jouissance) et le produit (le-plus-de-jouir).

- Le semblant indique ici le simulacre dans lequel tout sujet parlant est pris dès son entrée dans le langage. Il est le fruit des signifiants inscrits en lui.
- La vérité n'est pas le réel. Elle est à l'origine du discours du sujet qui est en quête d'un savoir, qui se voudrait être la vérité du sujet.
- Le savoir est le trésor des signifiants.
- Le plus-de-jouir est la perte du savoir. En renonçant à la jouissance, la perte du savoir trou le symbolique et créé le réel au sein même de la structure.
- Le poinçon signifie l'impossible de cette quête de vérité. Le savoir se doit d'être exclu de la vérité pour que le sujet soit un sujet du désir qui perpétue sa quête (Lacan, 1972).

Figure 12



Source : Lacan, 1972

Selon Lacan (1975), le discours fait lien social, car un sujet social est un être qui cherche en l'Autre un savoir sur sa propre existence, amputée par les différentes castrations qu'il a dû traverser. C'est ce qui le pousse vers un autre, sinon, il n'aurait pas à chercher ce savoir ailleurs. Le produit du savoir (a) ne peut jamais atteindre la vérité, celle qui est recherchée dans tout discours, à savoir une vérité sur soi. L'objet (a) doit rester du côté du réel, car le réel fait la consistance du sujet du discours, qui en fait un être désirant. C'est ce qui fait qu'un discours se mi-dit, puisque du dire il manque le réel pour faire vérité.

Cette impuissance peut prendre quatre formes différentes :

- L'incomplétude pour le discours du Maître ($a \leftrightarrow \$$)
- L'inconsistance pour le discours de l'Hystérique ($S2 \leftrightarrow a$)
- L'indémontrable pour le discours de l'Universitaire ($\$ \leftrightarrow S1$)
- L'indécidable pour le discours de l'Analyste ($S1 \leftrightarrow S2$)

Le symptôme est épinglé dans le poinçon. Il a une valeur de vérité, il n'est pas la vérité. Il se signifie de la souffrance du sujet dans son rapport au réel. Le renversement d'un quart de tour de chaque discours s'effectue par la prise de conscience que ce n'est pas « ça » qui répond à la vérité recherchée (Lacan, 1972). Le discours est donc un discours sur le réel. Et, celui-ci est assuré comme réel grâce à cette limite qu'est l'impuissance à rejoindre la vérité.

On comprend que le discours et la manière dont le sujet entre/répond/réagit à ce discours est fonction de sa construction subjective et peut engendrer une résistance plus ou moins rigide.

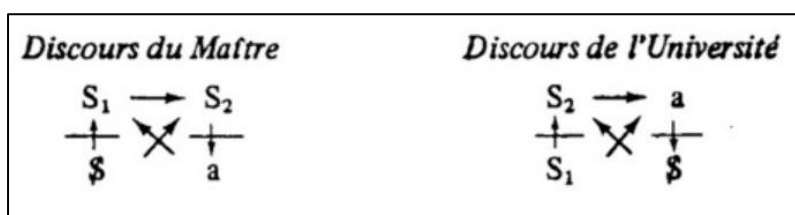
3.2. Le socle du discours capitaliste

« L'intrusion dans le politique ne peut se faire qu'à reconnaître qu'il n'y a de discours, et pas seulement l'analytique, de discours que de la jouissance... tout au moins quand on en espère le travail de la vérité » (Lacan, 1973, p.107). Si la psychanalyse peut parler du discours politique c'est à l'endroit de la visée de tout discours : produire une vérité. Pour Lacan (1972), le discours Capitaliste est une forclusion de la castration. Il est un discours perversi du Maître moderne (Valas, 2014), qui copule avec le discours de la science, celui qui s'inscrit dans le discours universitaire (Lacan, 1970).

La définition de sujet s'introduit avec le discours du Maître (Valas, 2018). Dans ce discours chaque déterminant est à sa place et « ce n'est pas par hasard...que le fonctionnement du signifiant Maître soit plus simple dans le discours du Maître » (Lacan, p.125). « Le discours du Maître commence avec la prédominance du sujet, en tant justement qu'il tend à ne se supporter que de ce mythe ultra-réduit : d'être identique à son propre signifiant. [\$ ≡ S1] » (Lacan, 1970, p.121). Il incarne donc pleinement son statut de Maître dans sa confusion avec son S1 et il est le seul qui exclut d'emblée la relation du sujet divisé à son objet. L'absence de fantasme (\$<a) le rend aveugle à la vérité qui le fonde, à savoir qu'il est un sujet castré, à partir de quoi, il prend place en tant qu'agent de ce discours. Le maître peut donc aisément incarner la Loi, portée par le Père Réel, mais une version perversi du Père (la père-version/perversion), car le Père, loin d'incarner la Loi, la promulgue.

La structure de ce discours repose sur l'essence de Maître : il exige un savoir-faire de l'esclave, mais il ne sait pas ce qu'il veut, sauf d'être tout-savoir (Lacan, 1969). Le maître exige un savoir-faire de l'esclave qu'il met au travail.

Figure 13



Source : Lacan, 1969, 1970

Quant à l'esclave, il a perdu la jouissance de son corps. D'être privé de cette jouissance, il devient un Autre, support de tous les signifiants (S2) (Lacan, 1970). L'esclave sait que le maître exige, telle est sa fonction. Alors que l'esclave devance le désir de son maître, celui-ci frustré l'esclave de son savoir depuis toujours. Ainsi, le maître est bien plus préoccupé par sa jouissance que par son désir. L'esclave devient le moyen de sa jouissance. Celui-ci s'accapare l'objet (a), que l'esclave produit par l'assujettissement dont il est l'objet (rapport de soumission). Le sujet divisé est donc la condition pour le maître de pouvoir accéder à sa fonction. C'est parce qu'il préalablement privé de la jouissance qu'il peut le réclamer à l'autre.

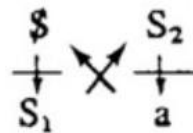
Le discours Universitaire s'articule à partir du discours du Maître (le quart de tour produit par la prise de conscience que ce n'est pas ça qui répond à la recherche de la vérité). Dans le discours universitaire, le savoir (S2) prend la place de l'agent du discours. Son savoir lui est commandé par la vérité qui le fonde, à savoir le signifiant-Maître (S1). Selon Lacan (1970, p.82), la vérité au fondement du discours universitaire est le S1, le « Je » du Maître. Le S1 de l'impératif pur ne peut être qu'un « Je » qui se dérobe, car l'impératif est à la deuxième personne. Ce « Je » qui maîtrise, que Lacan nomme un « Je idéal » (Lacan, p.82), prend la place à partir de laquelle ce discours s'énonce. Il est ainsi un discours qui impose son savoir (S2), à partir de sa vérité de maîtrise du discours (S1), et qui vise la perte du savoir (jouissance). L'a-étudiant ou l'*astudé* (Lacan, 1970) est visé par le discours. La seule place qu'il peut prendre, l'*astudé*, est celle de l'ignorant qui écoute un savoir pour devenir, un jour, un sujet de la science. Et, dans la science, la vérité qui sous-tend le discours du savoir est celle-ci : « continue à toujours savoir plus » (Lacan, p.146). Ce sujet de la science permettrait l'accès à la vérité. Ceci signifie que le discours Universitaire s'énonce d'une place de savoir (S2), fondée sur la maîtrise (S1), en tant que vérité du discours, à des sujets ignorants. La fonction du discours est de former de futurs sujets de la science, susceptibles de faire correspondre un jour le savoir avec la vérité (S1 → S2). Ce qui est le propre du mythe.

Ordonné par la castration, le discours de Maître prendrait la forme d'impératifs, et ordonné par le signifiant-Maître, le discours universitaire prendrait la forme du tout-savoir.

Le *discours Capitaliste* est l'œuvre d'une convergence entre le discours du Maître et celui de la Science (le discours Universitaire). « Le discours capitaliste est le seul discours où la jouissance ne rencontre aucune barrière, aucun interdit ou aucune renonciation, où elle est toujours possible grâce au prochain objet, au prochain gadget, à ce que Lacan a nommé les lathouses » (Lacan, 1972, p.84). Dans ce discours, le sujet n'est pas soumis au S1 (flèche normalement dirigée du bas vers le haut), il le manipule (flèche du haut vers le bas) (figure 14). De plus, contrairement au discours du Maître, le fantasme fonctionne sous forme d'absolu. Rien n'est impossible au sujet, contrairement aux autres discours où l'objet (a) ne rejoint jamais la vérité (Lacan, 1960 ; Valas, 2019). Autrement dit, il n'y a jamais de flèche, dans aucun des quatre discours, qui va de (a) vers la vérité. Ici, (a) rejoint la vérité par l'inversion produite entre l'agent du discours et la vérité qui le sous-tend. « Ce qui s'opère du discours du Maître antique à celui du Maître moderne, qu'on appelle capitaliste, c'est quelque chose qui s'est modifié dans la place du savoir » (Lacan, 1969, p.31). C'est en cela que le fantasme prend la forme d'absolu, de tout, de jouissance du tout possible.

Figure 14

Discours du Capitaliste



Source : Lacan, 1972

« La barrière de jouissance étant supprimée dans le discours capitaliste, l'objet plus-de-jouir et le sujet sont connectés » (Sidoit, 2016, p.19). Or, la jouissance sans limite est mortifère, car la substitution illimitée des objets n'apporte aucune satisfaction (Sidoit, 2016). Les limites sont effacées et le défaut de limite empêche alors l'accès à la castration, et toute possibilité de supporter le manque.

« Dans le discours capitaliste, il n'y a pas de lutte ni de lien social entre l'un et l'Autre, il y a un sujet \$ qui est autant le capitaliste que le prolétaire, c'est le sujet du capitalisme, radicalement à la merci du système qu'il produit et qui le produit. C'est un système où n'importe quoi peut avoir un prix et une valeur d'échange, où n'importe quoi peut servir pour faire fonctionner la machine qui fait « rapport », en alimentant l'illusion que la chose satisfait, fait jouir, constitue une offre qui répond exactement à la demande » (Touchon Fingermann, 2005, p.112).

Le discours Capitaliste a subverti les discours structurant pour le sujet, en tant que discours qui le confrontent à l'impossibilité qu'est le réel, en tant que la finalité du sujet est sa butée sur le réel. « La structure c'est le réel [l'impossible] qui se fait jour dans le langage » (Lacan, 1972, p.19). Dans ce discours, le sujet \$ ne connaît pas la frustration. Cette inversion est une perversion du discours du Maître.

La visée de tout discours est la production d'une vérité, en même temps, qu'il représente la première résistance. Dans la relation thérapeutique transférentielle, les signifiants du discours médical peuvent provoquer un effet de jouissance, car ces signifiants entrent en résonance avec le signifiant S1 du sujet, sans la possibilité immédiate d'une signification.

De plus, l'absence de castration est illustrée comme effet du discours Capitaliste contemporain et *a-structurant* pour le sujet. A l'instar du « Maître », la fonction du médecin est d'être tout-pouvoir (guérir) et à l'instar de l'universitaire, la fonction du médecin est d'être tout-savoir. Entre omnipotence et omniscience, la figure du médecin est une représentation quasi divine. Il est une figure du grand Autre, car son discours le met en position de savoir (le lieu des signifiants) et d'autorité (une figure paternelle). Par la place qu'il tient dans le colloque médical et la position d'autorité qu'il incarne, le médecin est ainsi prescripteur de sa parole. Son statut donne à sa parole tout son poids et l'ordonnance médicale donne encore plus de poids à sa parole. Sa fonction le place également en petit autre, celui de la relation spéculaire, car ses actes médicaux le renvoient à une figure de soin (une figure maternelle). Le registre symbolique convoque l'Autre, alors que l'autre est pris dans le registre imaginaire (Lacan, 1966). En ce sens, le transfert médical serait un lieu favorisant la réactualisation des enjeux symboliques et imaginaires.

4. Le Graphe du désir et sa structure : une lecture de la position subjective

Nous abordons dans cette partie le Graphe du désir que Lacan élabore dès son séminaire en 1957 sur *Les formations de l'inconscient* pour le poursuivre jusqu'en 1959 lors de son séminaire sur *Le désir et son interprétation*.

Le Graphe permet de mettre à jour la structure d'un discours et révèle ce qu'il en est du sujet et de son rapport au Phallus (ϕ – imaginaire, et Φ – symbolique), et donc ce qui se joue sur le plan imaginaire et symbolique, soit respectivement celui de la relation spéculaire (l'énoncé) et celui de l'aliénation primordiale à l'Autre (l'énonciation). Dans cette logique inconsciente et propre à un sujet, le Graphe est un outil de repérage de la position subjective (sujet face au désir de l'Autre), c'est-à-dire en tant qu'analyse de l'énoncé du discours (lieu d'où parle le sujet), avec l'étude de la singularité de l'énonciation, c'est-à-dire le repérage de la structure du discours. Il permet d'analyser la logique du discours, car l'énonciation se déroule parallèlement à l'énoncé, le discours commun, et représente la chaîne signifiante inconsciente du sujet.

Les mathèmes lacanien que l'on retrouve sur le Graphe du désir représentent la formalisation scripturale des concepts psychanalytiques, qui expliquent le fonctionnement et la structure de l'appareil psychique. Certains auteurs soulignent que cette transposition des concepts psychanalytiques en mathèmes a été réalisée par Lacan, pour faire de la psychanalyse une discipline transmissible (Askofaré & al., 2009 ; Valas, 2009) et rendre compte de la vie psychique. La formalisation de la structure de l'inconscient a été possible en donnant au savoir, au cœur de la logique inconsciente, sa place et sa fonction dans le discours. C'est pour ces raisons que nous avons spécifiquement approfondi la compréhension de ce schéma, d'autant plus qu'il fait référence, dans sa structuration, au Stade du miroir et au transfert.

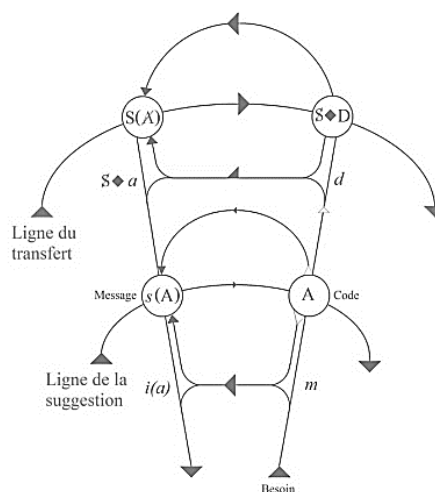
Pour mieux comprendre, il s'agit déjà d'exposer en quoi le Graphe du désir permet une compréhension approfondie de l'agencement du discours subjectif. Nous déplaçons ci-après comment il rend possible une lecture des enjeux imaginaires et symboliques, qui se rejouent dans le transfert, car ils éclairent la position subjective à la sortie du Stade du miroir.

4.1. Les mathèmes du Graphe et leur rapport structurels avec l'énoncé et l'énonciation du discours

Le Graphe du désir est la formalisation en un schéma de la structure du discours et permet une lecture du transfert. Sa visée est de montrer les rapports du sujet parlant avec le signifiant (Lacan, 1958). Il est l'illustration schématique de ce qui fait « trace » pour un sujet et ce qui s'inscrit psychiquement s'entend dans le Message qu'il délivre lorsqu'il se met à parler. Cette investigation des « traces », c'est-à-dire ce qui se situe « entre », entre deux mots, deux signifiants, deux représentations, permet une lecture de la façon singulière dont les signifiants de l'Autre ont marqué le sujet, car ce sont eux qui font le lit du Message. C'est pour cela que les signifiants du discours d'un sujet témoignent de l'empreinte du désir de l'Autre.

Concernant le transfert, il faut comprendre que la mise en place des deux plans, symbolique et plan imaginaire, a lieu dès l'origine. Sur le plan symbolique, il s'agit du rapport à l'image de l'objet primordial, l'Autre maternel en tant que lieu d'articulation du besoin avec le signifiant. Sur le plan imaginaire, il s'agit du rapport à l'image de l'autre ($i(a)$), qui représente la ligne de son accomplissement imaginaire. C'est là que peut se cristalliser le rapport à l'image idéale de soi, qui est fonction du repérage du désir de l'Autre.

Figure 15



Source : Lacan, 1958.

Dans le séminaire - *Les formations de l'inconscient*, on repère que Lacan situe la ligne du transfert, dans son versant symbolique, sur la ligne qui est également celle de l'énonciation. Tandis qu'il situe sur la ligne de l'énoncé, ce qu'il nomme ligne de la suggestion (figure 15 et 17). Ceci indique de façon claire que la ligne du transfert est à la fois symbolique $[S(A) \rightarrow S \blacklozenge D]$ et imaginaire (passant par $[d]$ et $[\$ \blacklozenge a]$).

Concernant la structuration du discours, la signification grammaticale pose l'énoncé comme assertif, comme vérité, sous couvert de l'universalité, qui ne considère pas que « derrière » le dit, il y a le dire (Lacan, 1972b). L'énoncé du discours est un énoncé brut, en grande partie inconscient dans son montage, dans sa structure, contrairement à la parole du sujet qui est une parole articulée, syntaxique, grammaticale et consciente. Le dire quant à lui échappe à la conscience puisqu'il est un événement du réel et ne peut pas être considéré comme parole. « Le dire ex-siste à la parole, la vérité ne peut être qu'un mi-dit » (Lacan, 1972b, p.3). Ainsi, le dire est le discours de l'inconscient qui est un au-delà de la parole en acte.

Figure 16

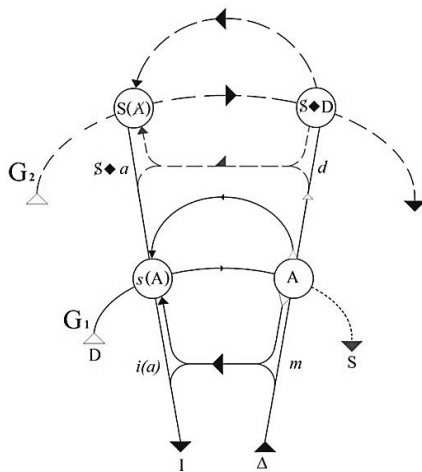
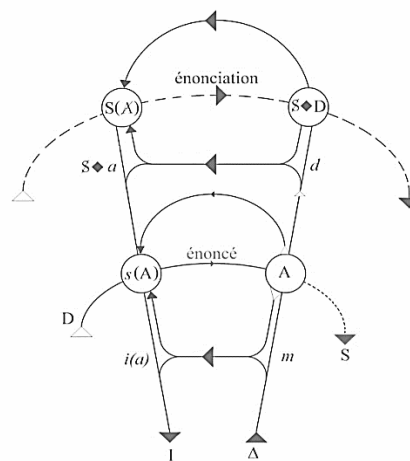


Figure 17



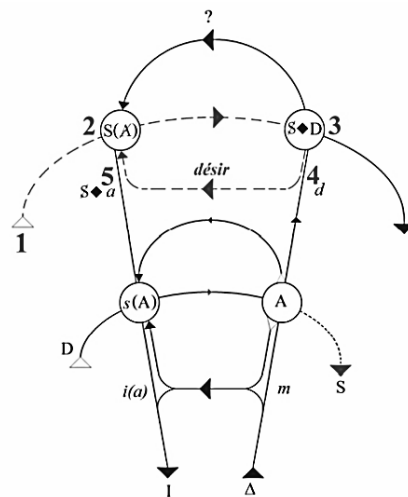
Source : (Lacan, 1959)

La première partie du Graphe (figure 16) montre « [G1]la chaîne inférieure, celle du discours concret du sujet en tant qu'elle est comme telle, disons, accessible à la conscience » (Lacan, 1959, p.656). Cette chaîne consciente désigne la demande du sujet (ici sujet du besoin - Δ), celle qui se manifeste dans l'énoncé (figure 17) et à laquelle l'Autre renvoie une signification. Cet énoncé vise le bouclage de la demande et « l'Autre est indispensable au bouclage que constitue le discours en tant qu'il arrive au message en état de satisfaire, au moins symboliquement, le caractère fondamentalement insoluble de la demande comme telle » (Lacan, 1957, p.195). La demande est ainsi prise du sceau du désir de l'Autre. Le sujet subit ici la structure, car l'énoncé concerne ce qui est signifié de l'Autre - $s(A)$, de façon inconsciente. Le discours intentionnel montre donc la prise du sujet dans les signifiants de la demande et du désir de l'Autre, et la boucle discursive de l'énoncé [axe imaginaire (m) \rightarrow $i(a)$] est celle qui fait parler l'image de soi. Dans cet assujettissement imaginaire du fait même de l'agencement de la structure de l'inconscient, Lacan explique que le sujet parle à partir de la méconnaissance qu'il a de lui-même, de l'image qu'il donne aux autres.

Le Graphe indique comment l'énoncé brut contient l'énonciation du sujet (figure 16), « [G2]L'autre chaîne signifiante est celle qui nous est positivement donnée dans l'expérience analytique comme inaccessible à la conscience » (Lacan, 1959, p.656). La définition qu'en donne Lacan se rapproche de celle de Golse & Roussillon (2010), comme marque des expériences archaïques, présentes dans la prosodie, ou de Roussillon (2018), comme regroupant le style verbal, la structure même de la syntaxe, la pragmatique de l'énonciation, la prosodie (ton, intensité, rythme), ainsi que les caractères non verbaux. L'énonciation se situe donc parallèlement au discours brut (figure 17), comme lieu de l'Autre, à partir duquel le sujet a à se situer. Les pointillés indiquent ce qui n'est pas articulé dans le discours. C'est ici que Lacan (1959) situe l'inconscient.

Entre le premier étage et le second, il s'opère la substitution de ce qui est signifié de l'Autre [$s(A)$] par le signifiant donné par l'Autre barré [$S(\bar{A})$]. La réponse au *Che vuoi* est symbolisée par ce qui est signifié de l'Autre [$s(A)$] (Lacan, 1959).

Figure 18



Source : Lacan (1958)

La demande est, à l'étage inférieur du Graphe, surdéterminée par la boucle inconsciente qui transite entre S(A) ; (\$♦D) ; (d) ; (\$♦a). Cette voie de retour se situe sur le plan de l'imaginaire (Lacan, 1958). Ceci montre que la demande consciente est fixée au niveau inconscient par le désir (d), lui-même pris dans la boucle imaginaire, comme l'illustre la figure 18. La demande est le symbole du rapport à l'autre (Lacan, 1959).

L'analyse du discours repose ainsi sur un certain nombre d'éléments discursifs repérables dans l'énoncé (discours intentionnel) du sujet :

- Le discours intentionnel est capitonné par les quatre mathèmes suivants :
 $[S(A)] - [\$♦D] - [s(A)] - [A]$ dont $[A$ et $\$♦D]$ sont des points de Code et $[S(A)$ et $s(A)]$ sont des points de Message.

Ils indiquent la surdétermination inconsciente du « Je » du discours, qui est celui qui se situe sur l'axe imaginaire (I) du Graphe, car le sujet est fondamentalement aliéné au mode de réponse de l'Autre, qui donne sa forme au discours. Les termes pris dans la dimension imaginaire sont les suivants : $[a] - [i(a)] - [d] - [\$♦a]$, soit respectivement le moi, l'image du moi, le désir et le fantasme.

L'axe imaginaire $[i(a) \rightarrow (m)]$ est surdéterminé au niveau symbolique par $[s(A) \rightarrow A]$ et l'axe imaginaire $[d \rightarrow (\$ \blacklozenge a)]$ est surdéterminé au niveau symbolique par $[S \blacklozenge D \rightarrow S(A)]$. Le dernier franchissement $[S \blacklozenge D \rightarrow S(A)]$ est celui qui s'opère dans la cure analytique, donc hors du champ de la recherche (le rapport S1 et S2, comme impossible).

Puisque nous travaillons sur la structure du discours, la référence aux quatre discours de l'inconscient selon Lacan nous paraît incontournable. Dans ces discours, les mathèmes se comprennent de la façon décrite ci-après et la barre du signifiant/signifié est représenté sur le Graphe par le croisement de deux vecteurs orientés. « Elle marque l'irréductibilité où se constituent les rapports du signifiant symbolique au signifié s, la résistance de la signification, (—) » (Askofaré & al., 2009, p.270).

- S1 est le lieu du message. Pris dans la chaîne signifiante consciente, en tant qu'il représente un signifiant pour un autre signifiant, il se situe dans $s(A)$. Pris dans la chaîne signifiante inconsciente, il se situe dans $S(A)$. Au niveau I, le sujet est ici résumé à un signifiant qui le détermine.
- S2 est le lieu de l'Autre, celui du Code et trésors des signifiants. Pris dans la chaîne signifiante consciente, il se situe dans (A) . Pris dans la chaîne signifiante inconsciente, il se situe dans la demande $(\$ \blacklozenge D)$.
- (d) est l'homologue du rapport entre (m) et $i(a)$ et il est fixé au niveau inconscient par $S(A)$ et $[\$ \blacklozenge D]$, soit par S1 et S2.
- $[\$ \blacklozenge (a)]$, le fantasme, représente le sujet marqué de l'effet de la parole $(\$)$ par rapport à un objet (a) (Lacan, 1959). Il est pour le sujet un support imaginaire par rapport à l'impossibilité de trouver ce qui l'articule en tant que sujet de son discours inconscient (le manque dans l'Autre) (Lacan, 1959).

4.1. Registre imaginaire et montage fantasmatique inconscient (§◆a)

Pour repérer les résistances du sujet, il s'agit de comprendre la structuration de son système moiïque, car c'est le processus d'identification, qui donne sa forme définitive au moi. De plus, le moi idéal (i(a)) est formé de l'ensemble des identifications moiïques (Lacan, 1962). Les enjeux identificatoires imaginaires sont donc repérables avec le Graphe du désir, car les mathèmes y sont présents pour faciliter la compréhension du sujet et ce qui se joue pour lui dans le transfert imaginaire, c'est-à-dire le transfert sur le versant narcissique de la relation duelle, qui est aussi la réplique du Stade du miroir.

Lacan a développé le Graphe à partir de l'analyse d'Hamlet, la pièce de Shakespeare, car elle est une allégorie de la relation d'objet et un mythe précœdipien, qui questionne la sortie du Stade du miroir, le rapport du sujet aux signifiants de la demande et du sujet à l'objet du désir. Être le phallus sans l'avoir est la définition que donne Lacan de la position féminine. L'enfant doit repérer le désir pour percevoir la castration maternelle. Si la mère demeure phallique c'est qu'elle n'est pas perçue dans son manque. L'enfant peut ne pas repérer le désir de sa mère ou le refuser. La tragédie d'Hamlet repose justement sur la dimension de dépendance du sujet au désir de l'Autre maternel, paré d'une toute-puissance provenant de son statut de sujet de la première demande (Lacan, 1958). Hamlet est pris dans le désir de la mère qui est un non-désir, un non-choix. Rien n'est parlé sur son désir (le symbolique), c'est pourquoi Žižek (2016) en parle comme un drame de l'interpellation ratée. Ce ratage concerne l'absence de repérage du désir maternel, qui empêche toute ébauche de réponse du côté de « être ou ne pas être » l'objet du désir maternel. N'ayant pu repérer le désir de sa mère, le message, Hamlet se retrouve dans cette situation atypique, à devoir se repérer imaginairement dans le désir de l'Autre. Il est donc pris dans la phase d'élaboration du fantasme, dans lequel se pose la question du *Che vuoi*. Le réglage imaginaire c'est de tenter de situer où se trouve le désir de l'Autre, bien qu'il soit irrepérable. Le sujet reste alors dans le confort de ne pas se confronter à la castration, donc de ne pas renoncer à la mère. Il demeure dans la jouissance métaphorisée par la mère (Lebrun, 2004) - une mère demeurant dans une position de toute-puissance, « toute-puissance du sujet comme sujet de la première demande » (Lacan, 1958b, p.365). En même temps, Lacan évoque la profonde douleur d'exister d'Hamlet, qui n'est pas sans rappeler la détresse mélancolique dans son rapport à l'objet.

Ce réglage imaginaire qu'il se fasse à partir du repérage du manque chez l'Autre ou son absence, est représenté sur la partie inférieure du Graphe du désir par des mathèmes. En 1959, Lacan formalise le circuit imaginaire du moi idéal par $m \rightarrow i(a)$ et devient, en 1966, dans *Subversion du sujet et dialectique du désir*, $i(a) \rightarrow m$. Lacan semble vouloir appuyer la méconnaissance que le sujet a de lui-même, représentée par la fonction spéculaire, en mettant $i(a)$ au fondement de la construction moiïque.

La structure du fantasme permet de saisir le niveau de structuration du désir, car il prend consistance à partir du moment où le sujet s'identifie au désir de l'Autre (qui suis-je dans le désir de cet Autre). Le Phallus permet de supporter l'énigme du désir de l'Autre. Or, avant de devenir un signifiant, le phallus est un objet imaginaire (-Phi). Cette position face au désir met en évidence un certain rapport féminin et masochique à l'Autre, en plus de demeurer dans le registre imaginaire : incarner l'objet idéal (moi idéal), doté de (a), pour cet Autre ; soit être un objet de jouissance.

Le mathème du fantasme représente le sujet en *fading* devant l'objet du désir (Lacan, 1966). La fonction de l'objet est de prendre la place de ce dont le sujet est privé symboliquement : le Phallus, le manque inhérent à tout sujet. Les objets (a), soit les objets de substitution, prennent la place du manque, si manque il y a, et si (S), le sujet de l'inconscient, comme place virtuelle, est laissée vacante. Le leurre réside dans le fait que le sujet pense retrouver à travers les objets (a) ce qui lui manque pour être parfaitement comblé. C'est donc en saisissant la fonction de l'objet (a), le rapport au réel, que l'on peut saisir le rapport du sujet à la demande et au Phallus (rapport au manque, au désir). Pour saisir le rapport du sujet à la fonction phallique, il est nécessaire de comprendre le rapport du sujet à l'objet (a), comme reste du réel. La fonction du fantasme est de mettre à jour le rapport du sujet au réel ($\$ \langle \rangle a$). Le sujet du fantasme est le sujet tel qu'il se représente dans l'imaginaire, le rêve, la rêverie. Dans le fantasme, $i(a)$ est une image narcissique qui a pour fonction de se recombinaer au désir. Cette image donne l'illusion de tenir son objet (cf le vase renversé).

Nous cherchons plus spécifiquement à savoir si le sujet est en prise avec cette question : être ou ne pas être le phallus, afin de repérer les résistances inconscientes du sujet dans le transfert.

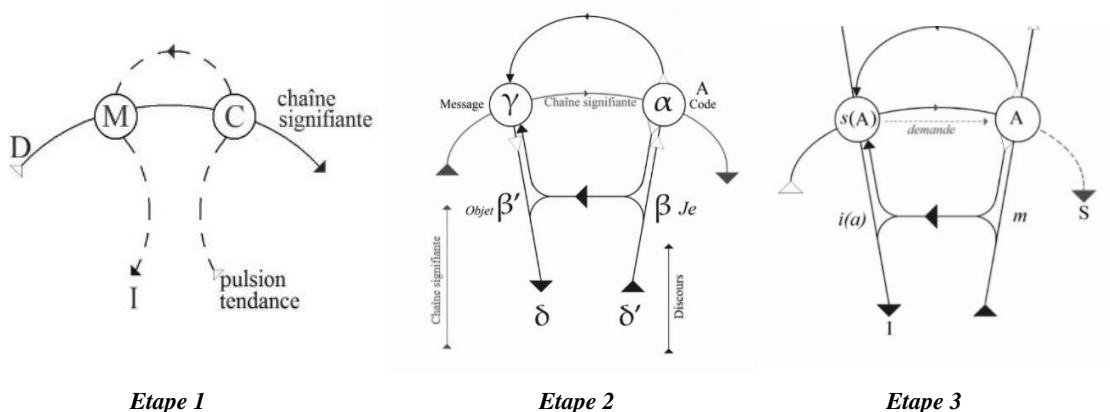
4.1. Registre symbolique et montage pulsionnel inconscient [S◆D]

Lacan éclaire l'entrée de l'enfant dans le monde du langage avec le Graphe du désir, c'est-à-dire la manière dont le sujet entre dans le jeu de la chaîne signifiante. Il permet de comprendre comment il est pris dans la dialectique du désir de l'Autre, dans les processus identificatoires qui en dépendent et dans la relation au manque, et par extension au manque de l'objet. Les étages du Graphe ne sont pas des étapes chronologiques *stricto sensu*, mais des indications temporelles, dont les moments se chevauchent.

La première partie du Graphe (figure 19 - étape 3) représente ce qui est énoncé du sujet, comme nous allons l'exposer plus loin dans cette partie. Néanmoins, avant d'être discours, l'enfant a dû entrer dans la chaîne signifiante. Les étapes 1 et 2, dans leur ordre respectif, indiquent comment il intègre la chaîne signifiante, en modulant son cri en appel grâce aux signifiants de l'Autre.

Dans le séminaire *Les formations de l'inconscient* (1957-1958), Lacan élabore la première mouture du Graphe qu'il va finaliser en 1959 à la fin du séminaire VI sur *Le désir et son interprétation*. Les trois schémas ci-dessous éclairent l'évolution du sujet dans le système symbolique, qui le précède, et l'inscription des signifiants de l'Autre, qui vont former son propre système signifiant.

Figure 19



Source : Lacan, séminaire (1957-1958)

A sa naissance, l'infans est pris dans le bain de langage, car il est parlé par les Autres. Il forme ainsi les premières bribes de son propre système symbolique.

L'étape 1 (figure 19) est à comprendre en deux temps.

D'abord, l'infans s'adresse à l'Autre par son cri (pulsion, tendance). Dans cette adresse (trajet pulsion-tendance → Code), il fait face à la synchronie de ses signifiants (C). Cela signifie que l'Autre a un certain savoir sur ce qui se passe pour lui et par la réponse qu'il lui apporte, un message (M) est délivré et un code (C) est déterminé. Le message (M) est un effet de signification (s), obtenu par la succession des signifiants (S, S', S"...) d'un énoncé référé au code de la langue (A). Ensuite, la demande (D) est coupée dans sa diachronie par le message (M) et le code (C). Cela signifie que l'effet de signification ne peut se faire que par rétroaction, car les signifiants se présentent d'abord dans une synchronie, avant de s'inscrire dans une diachronie, une succession significative. Le signifiant anticipe donc la signification. L'intentionnalité du discours commun passe du Code au Message. Il fait surgir un signifiant qui représente le sujet et anticipe sur une signification. Le Message (S1), emprunt du Code (S2), se lie à la chaîne signifiante pour produire une signification (Valas, 2018). L'identification primaire (I) se forme à partir de la réponse de l'Autre à l'appel du cri. La manière dont il y répond sera donc déterminante. C'est la toute première confrontation au désir de l'Autre qui se joue. Le besoin sera à jamais marqué par la demande. La première identification du sujet s'opère donc aux insignes de la mère (1959) et cette identification est la première réalisation d'un idéal (Lacan, 1958, p.23). C'est une identification à la mère phallique, omnisciente et omnipotente, qui s'opère. A ce stade, la castration n'est pas repérée.

Le passage de l'étape 1 à l'étape 2 (figure 19) montre que l'enfant, d'abord infans du discours, c'est-à-dire, pris dans le discours établi, commence lui-même à parler. Le cri est passé à l'appel. Il introduit dans le schéma la ligne $[\delta \rightarrow \delta']$, qui est celle du discours rationnel et qui révèle le rapport du sujet à l'objet métonymique. Il indique que le discours du sujet (son intentionnalité), ne s'inscrit pas encore dans la chaîne signifiante. Il se répète entre β (Je du discours), la place de celui qui parle, et β' , l'objet métonymique, mais ne dit rien de la vérité qui le fonde en tant que sujet. Ce moment est au cœur de la constitution de l'image spéculaire $i(a)$, car $i(a)$ est surdéterminé par $s(A)$, le message, ce qui est signifié de l'Autre, et qui passe par le corps de la mère. L'identification au corps de la mère fonde l'objet de l'image $i(a)$.

« Au-delà de cette appréhension, si l'on peut dire innocente de la forme langagière par le sujet, quelque chose d'autre va se produire qui est lié au fait que c'est dans cette expérience du langage que se fonde son appréhension de l'autre comme tel, de cet autre qui peut lui donner la réponse, la réponse à son appel, cet autre auquel fondamentalement il pose la question [...] Che vuoi ? Que veux-tu ? » (Lacan, 1958, p.21).

La dernière étape de l'entrée dans la chaîne signifiante est marquée par la substitution du Code en signifiants et du Message en ce qui est signifié de l'Autre. Le message (M) représente ce qui est signifié de l'Autre [s(A)], indiqué dans l'étape 3, c'est-à-dire, le message de la demande tel que l'autre en délivre le sens en fonction de la sélection signifiante que son désir a opéré. Et, ce qui est signifié de l'Autre (s(A)), en fixe le message pour le sujet de la demande (Dor, 2002, p.236-237).

Les étapes 1 et 2 du schéma décrivent l'entrée du sujet dans la chaîne signifiante, à travers le savoir supposé de l'Autre et son désir propre. Cela s'explique par le fait que c'est à partir de son désir que l'Autre opère une sélection de ses propres signifiants. Cela signifie aussi que le sujet est dépendant du principe de commutativité, c'est-à-dire du choix des éléments signifiants, opéré par l'Autre. Lacan (1958) note ce principe de commutativité par la barre qui sépare le signifiant du signifié. Cette barre symbolise cet écart irrémédiable qui permet de faire émerger un désir. La chaîne signifiante du sujet est donc singulière. Elle se forme à partir des signifiants de l'Autre et des significations produites par les effets métaphoriques, liés à la surdétermination de la demande par le désir de l'Autre. Parallèlement, des effets métonymiques se forment par rapport au principe de similitude, c'est-à-dire, au fait que dans la suite de la chaîne signifiante, un des termes est ou non semblable à un autre.

De l'étape 2 à 3 (figure 19), l'axe imaginaire [$\delta \rightarrow \delta'$], montrant le rapport du sujet (Je parlant) à l'objet métonymique, est remplacé, en 1958, par l'axe [$m \rightarrow i(a)$]. Cet axe imaginaire est un rempart que le sujet se constitue face à la détresse de se situer en face du désir d'un Autre.

Le mathème de la pulsion [$\$ \blacklozenge D$] représente le sujet en *fading* dans la coupure de la demande (Lacan, 1966). L'ensemble du montage du sujet de la demande au sujet du désir implique l'Autre. Comme toute l'articulation signifiante dépend d'un Autre, toute demande à l'Autre est surdéterminée par une demande de l'Autre. « Elle (la pulsion) est ce qui advient de la demande quand le sujet s'y évanouit » (Lacan, 1971, p.178). C'est en ce sens que ce mathème de la pulsion est en place du trésor des signifiants (tout comme l'est (A) dans la première partie du Graphe).

La pulsion est un montage qui articule la fonction sexuelle à la réalité psychique (Lacan, 1964). Selon Valas (2014), si la pulsion apparaît lors du *fading* du sujet devant la demande adressée à l'Autre, c'est parce que le sujet s'évanouit (*fading*) du fait d'être dans l'attente de sa réponse. A ce moment-là, le sujet est dépendant du bon vouloir de l'Autre à répondre à sa demande. En même temps, dans cette attente, la demande s'évanouit également. Devant l'Autre, il ne reste plus que la coupure signifiante (\blacklozenge). Il apparaît alors la pulsion [$\$ \blacklozenge D$], comme ce qui subsiste du sujet dans la coupure signifiante et qui distingue la pulsion de la fonction organique qu'elle habite (Lacan, 1966). Et, le sujet qui subsiste est dans un rapport de besoin et non de désir. La demande dissimule donc le désir. L'autre demande cela, mais ce qu'il désire au fond reste une énigme.

On comprend pourquoi l'énoncé du discours place le sujet dans un certain rapport au savoir, déterminé par ce moment primitif.

4.2. Le Stade du miroir et ses correspondances structurelles sur le Graphe du désir

Le processus d'identification à son image spéculaire amène à la structuration du « Je ». L'ensemble du processus met en jeu l'évolution et l'appropriation de l'image spéculaire. Le Stade du miroir pose donc les fondements de la constitution du « Je » du discours, distinct du sujet (Dor, 2002). Le « Je » du discours est celui qui se situe sur l'axe imaginaire du Graphe du désir. Cet axe imaginaire révèle le rapport que le sujet (Je) entretient avec l'objet métonymique, c'est-à-dire avec l'objet qui se met à la place du (a) ; (a) qui prend une certaine forme, par la réponse que l'Autre apporte à son appel. C'est le mode de réponse de l'Autre qui donne la forme à l'objet (a), que Lacan (1969) nomme l'enforme de (a). Celle-ci nous indique le rapport du sujet au savoir. En effet, le sujet est fondamentalement aliéné au mode de réponse de l'Autre, donc à son savoir, qui donne ensuite sa forme au discours inconscient. Par conséquent, « le symbolique détermine l'imaginaire » (Julien, 1986, p.195). Afin de situer l'image spéculaire sur le Graphe, il faut en comprendre ses correspondances théoriques.

On retrouve l'emploi de deux notions chez Lacan : celle de moi idéal réel et celle de moi idéal virtuel. Il faut comprendre le moi idéal réel au sens du réel lacanien, c'est-à-dire qu'il supporte une image spéculaire pleine, irriguée de la libido, non amputée de (a). Cette saturation par la libido crée l'omnipotence ou autrement nommé, l'image phallique. Il est une nécessité théorique qui permet de comprendre qu'il est avant tout une place devant le miroir, où viennent, non seulement, se former les identifications proprement moiïques, mais aussi comme une place où l'angoisse se produit. Le moi idéal est l'instance imaginaire qui se forme à partir du reflet que l'enfant perçoit de lui dans le miroir, dont nous avons vu les processus à l'œuvre grâce au Stade du miroir. Il est véritablement l'idéal que l'enfant croit être à ce moment de son développement. Le moi idéal montre la prise du sujet dans une image de puissance, c'est-à-dire dans une image phallique, pleine, une image pourvue du phallus. Dans cette image omnipotente, (a) ne manque pas au sens où le phallus imaginaire ne s'est pas institué en signifiant. Plus tard, le moi idéal continue de représenter l'image de ce que le sujet aimerait être, l'idéal du moi constitue la place d'où il se voit, puisque l'identification imaginaire est une identification pour un certain regard de l'autre. Par conséquent, le moi idéal est un temps fondamental dans le développement psycho-affectif, car il rend compte de l'investissement libidinal du corps.

Lacan théorise donc la fonction de l'image spéculaire à partir de l'image de (a) qu'il formalise dans le Graphe par le mathème : $i(a)$. L'image $i(a)$ est une construction prenant place dans le schéma optique et le Stade du miroir. Elle se construit à partir du regard porté par l'Autre au moment où cette image prend forme devant le miroir. Au stade du miroir, l'Autre fait croire que l'image du miroir est une image pleine, il fait croire à $i(a)$, en tant qu'image phallique, irriguée de libido. Cette fonction représente le jeu d'images se jouant dans la relation aux autres. Les fonctions de $i(a)$ et du moi idéal sont une même fonction, car $i(a)$ est le mathème du moi idéal que l'on retrouve sur le Graphe du désir.

Le moi idéal virtuel est celui qui supporte l'image qui porte le mathème : $i'(a)$. Selon Lacan (1970), l'expérience spéculaire est authentifiée par l'Autre au niveau de $i'(a)$. Cette image virtuelle $i'(a)$ se constitue à partir de l'image réelle $i(a)$, mais elle est amputée d'une partie de sa libido ($-\phi$). Ceci s'explique par le fait que le phallus n'est pas spécularisable (Lacan, 1962). Le corps est ici investi de manière limitée, car le phallus imaginaire, $-\Phi$ ($-\phi$), contient une réserve libidinale. Cette image virtuelle ne contient pas (a), il y a donc une place vide qui peut accueillir d'autres objets faisant office de substitut (a'). Ces « bouchons » prenant la place de (a) peuvent alors faire croire au sujet qu'il est comblé, au sens libidinal du terme. L'objet (a) échappe constamment au savoir du sujet, car il croit le reconnaître chez l'Autre, en tant qu'enforme de (a), alors qu'en fait il n'a pas d'image. Plus qu'une illusion de complétude, pour Lacan (1962), elle est un leurre en tant que le sujet s'y méconnaît. Le sujet n'a jamais accès à $i(a)$, à son image réelle, $i(a)$ est une construction. Le sujet n'a accès qu'à $i'(a)$, son image virtuelle, celle qui vacille avec le regard de l'Autre.

En somme, la fonction $i(a)$ est une fonction spéculaire, donc une fonction de miroir. L'image $i(a)$ est employée pour désigner - et l'image spéculaire et le moi idéal - en tant que leurre. L'image spéculaire est autant image de l'autre pour le sujet, que le sujet est une image spéculaire pour un autre. La fonction de $i(a)$ est inscrite dans la dimension imaginaire, alors que la fonction de $i'(a)$ est inscrite dans la dimension symbolique. « C'est cette image qui se fixe, moi idéal, du point où le sujet s'arrête comme idéal du moi » (Lacan, 1966b, p.169). Cela signifie que l'image réelle (moi idéal) ne peut être vue que d'une certaine place qui est celle de l'idéal du moi (schéma optique).

Nous avons expliqué comment le désir de l'Autre est une énigme contenue au cœur de toute demande, et que pour pacifier l'angoisse que provoque cette énigme, le sujet se constitue dans une aliénation primordiale à l'Autre. Son désir se développe ainsi dans le sens d'une défense contre le désir de l'Autre, ce qui donne forme à l'objet (a) contenu au sein de l'image spéculaire. « Dès son apparition, à son origine, le désir *d* se manifeste dans l'intervalle, dans la béance, qui sépare l'articulation langagière, pure et simple, de la parole » (Lacan, 1958, p.27). Il se constitue entre la demande formulée à l'Autre, prise dans l'expérience du langage, et l'au-delà du langage, dans la béance que la parole ouvre dans la demande (Safouan, 2001, p.101). Cet intervalle est représenté sur le Graphe par l'axe $[d \rightarrow (\$ \langle a \rangle)]$, le rapport du désir au fantasme. Lorsqu'il explique que (d) est l'homologue du rapport imaginaire entre (a) et $i(a)$ ou (m) et $i(a)$, on comprend que le désir de l'Autre est irrémédiablement inscrit au sein de toute relation spéculaire et qu'il est à la source de la conflictualité qui peut se jouer sur le plan narcissique, bien qu'en fait, il concerne la détresse primordiale inscrite au cœur de l'inconscient.

Lacan (1957) indique que le discours du sujet, l'intentionnalité du sujet, ne s'inscrit pas encore dans la chaîne signifiante. Il se répète entre β (Je du discours) et β' , l'objet métonymique, mais ne dit rien de la vérité qui le fonde en tant que sujet. Sur le Graphe, l'axe imaginaire $[m \rightarrow i(a)]$ représente pleinement l'expérience spéculaire, soit la confrontation dans le miroir du sujet avec sa propre image, fondatrice de l'*Urbild* du moi – rapport entre moi idéal et idéal du moi (Lacan, 1958, p.26). Parallèlement à l'entrée dans la chaîne signifiante se forge ainsi l'image spéculaire. Les deux sont indissociables.

« Le point vif [...] est le rapport entre l'image spéculaire $i(a)$, et l'objet a » (Lacan, 2006, p.300). L'effet que produit le symbolique sur l'imaginaire touche alors au sujet, car l'imaginaire relève de l'image spéculaire et regroupe « toutes les fonctions que l'on peut inscrire à la rubrique de l'ordre [...] de l'ordre de l'échange, du transitivity, et de l'identification » (Lacan, 2006, p.304).

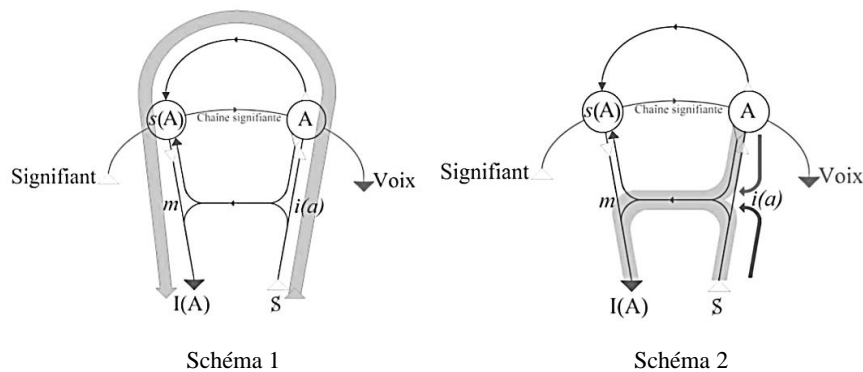
Le texte de Lacan - *Subversion du sujet et dialectique du désir dans l'inconscient freudien* - permet de situer et distinguer ce qui prend place au niveau de la demande consciente (schéma 1 et 2, figure 20). Dans la version de 1966, les *Ecrits II*, Lacan (1966b, p.168) écrit : « ici s'insère l'ambiguïté d'un méconnaître essentiel au me connaître », que nous comprenons à la lumière de la version dématérialisé, alimentée par les travaux de Fierens. Ce texte illustre deux voies possibles pour le sujet :

« Ici s'insère l'ambiguïté d'un « méconnaître » [$S \rightarrow i(a) \rightarrow m \rightarrow I(A)$] essentiel au « me connaître » [$S \rightarrow A \rightarrow s(A) \rightarrow I(A)$], [deux parcours sont possibles : - celui qui passe par la parole et la signification agréée par l'Autre : $S \rightarrow i(a) \rightarrow A \rightarrow s(A) \rightarrow m \rightarrow I(A)$, - et le court-circuit imaginaire du « moi-idéal », l'image au miroir (avec l'assentiment de L'Autre à l'image au miroir) : $S \rightarrow i(a) \rightarrow m \rightarrow I(A)$] » (Lacan, 1960a, p.14).

Dans le schéma 1, la parole est prise dans les points de capiton [A et s(a)], respectivement Code et Message de l'Autre, qui a cet effet de décollement entre le moi et le moi idéal. Dans le schéma 2, ce décollement ne s'est pas produit. La perception de l'image produit une image anticipée du sujet au fondement de sa méconnaissance, inscrite au sein du moi.

- Le circuit imaginaire de la demande sur le plan conscient [$\$ - i(a) - A - s(A) - m - I(A)$], capitonné sur le plan symbolique par A et s(A) (Schéma 1)
- Le circuit imaginaire de la demande sur le plan conscient [$\$ - i(a) - m - I(A)$], non capitonné sur le plan symbolique par A et s(A) - **siège de la résistance** (Schéma2).

Figure 20



Source : Lacan (1960)

III. CONCLUSION CHAPITRE 2

Selon Lavarde (2008), la théorie a pour fonction de prédire des résultats. En ce sens, l'hypothèse théorique est une prédiction provisoire, réfléchi à partir de l'ensemble de la construction de la démarche scientifique et de l'ensemble des investigations théoriques. Elle est formulée à un degré élevé de généralités. Rappelons que nous supposons que dans les douleurs chroniques résistantes aux traitements thérapeutiques usuels, comme dans le cas de la fibromyalgie, la qualité du lien mère-enfant est déterminante de la relation transférentielle au médecin. Dans la fibromyalgie, nous supposons que la résistance thérapeutique est liée au transfert issu du colloque médecin-patient, réactivant par la même occasion les enjeux identificatoires du Stade du miroir pendant l'enfance. Cette question de la résistance thérapeutique prend place dans un contexte, politique et médical, qui soulève des injonctions paradoxales et qui met le système de soin à mal. C'est le constat que nous avons réalisé dans la première partie de notre thèse.

Notre partie théorique éclaire en partie notre hypothèse.

Dans toute relation transférentielle, on se retrouve en face d'un autre, le semblable, et d'un Autre, le lieu de la parole et le garant de la vérité. Ces deux dimensions du sujet se jouent sur la scène imaginaire et sur la scène symbolique, bien qu'en dehors du dispositif analytique, le transfert se manifeste sous son versant imaginaire. La relation médecin-patient n'échappe pas à ce phénomène universel. En examinant de plus près les modalités transférentielles, nous avons exposé que le sujet pris dans le transfert est d'abord le sujet narcissique, et le transfert médical favorise la réactualisation des enjeux précœdipiens, soit les enjeux identificatoires aux fondements de la construction du moi et des idéaux. Ceci est expliqué par le fait que le transfert imaginaire, celui qui prend place dans la consultation médicale, fait apparaître le moi idéal. Rappelons que ce dernier est une construction théorique du Stade du miroir et que sa manifestation dans les relations humaines opère par le biais de l'image spéculaire. Le transfert imaginaire, qui prend place entre les deux protagonistes, cristalliserait ainsi les enjeux narcissiques, puisque les éléments symboliques, qui se manifestent dans cette même temporalité, ne sont pas repérés pour être potentiellement mis au travail – cela n'est pas la fonction du médecin.

Par ailleurs, le transfert illustre la répétition de la demande. Dans le transfert imaginaire, la demande consciente adressée à l'autre se destine, sur le plan inconscient, à l'Autre. La demande consciente qui se formule de façon manifeste, et que l'on peut relier à la plainte du patient, recouvrirait une demande inconsciente plus profondément intriquée à la manifestation du désir de l'Autre et de la position subjective du sujet face à ce désir. Et par rapport à cela, le rapport au savoir est également à interroger. En effet, nous avons expliqué théoriquement que le savoir était au cœur du transfert. C'est la fonction du « supposé savoir » qui instaure le transfert dans toute relation. Ce savoir est ancré dans l'archaïque, en tant qu'il est un savoir sur la jouissance perdue, répondant ainsi à cette grande énigme « que désire l'Autre ? », source ultime d'angoisses. L'Autre serait ainsi fantasmatiquement le lieu du savoir de cette jouissance. C'est pour atteindre ce savoir et pour faire taire l'angoisse devant l'insondable désir de l'Autre, que le sujet devient un être social. Par conséquent, le sujet est un effet du discours, et comme sujet, il se fonde sur les quatre différentes castrations qui lui sont demandées.

Nous avons aussi démontré théoriquement de quelle manière le sujet est aux prises avec la dimension du regard, et ce, depuis l'enfance. Premièrement, le regard surmoïque (idéal du moi) donne sa place au sujet devant le miroir (moi idéal). Il est le déterminant principal du Stade du miroir. Par l'intermédiaire du transfert et, par conséquent, des enjeux inconscients qui se déploient, la relation médecin-malade produirait des effets de réminiscence, réactualisant des éléments conflictuels infantiles inconscients. Ensuite, l'articulation du regard à l'image spéculaire est à l'origine de la profonde aliénation à l'Autre, comme instance de reconnaissance du sujet (Lacan, 1973).

Dans le champ scopique, l'objet (a) prend la forme du regard et la fonction du regard est d'attester de l'existence du sujet. Il permet de rendre visible l'invisible. Le regard a la même fonction d'attester de l'existence de l'objet (a) que le médecin cherche sur l'image glacée de la radio, à la place de le chercher au lieu de l'Autre (le patient élevé au rang du lieu des signifiants). L'imagerie médicale, prise dans la dimension imaginaire du regard, est le fruit d'un fantasme où rien ne peut échapper à l'œil aguerrit du médecin. En ce sens, le regard du médecin sur son patient et sa douleur, ainsi que la présence de l'imagerie médicale, seraient propices à la réactivation des enjeux conflictuels issues de la castration à l'objet scopique.

Le médecin s'appuie majoritairement sur l'imagerie médicale pour explorer l'invisible : l'intérieur du corps. Il parvient ainsi à un savoir sur le corps jusque-là inaccessible. L'imagerie permet d'affiner des diagnostics et de trouver des causes de pathologies ou de douleur, qui ne sont pas accessibles d'emblée par l'examen clinique. Dans sa fonction, le médecin est arrimé à ce savoir scientifique. Dans la fibromyalgie, l'absence de « preuves » visibles, étayée par des imageries de prime abord « normales » sur le plan médical, et l'absence de soulagement des douleurs, mettent en doute l'existence de la pathologie pour une partie significative du corps médical. Si l'imagerie médicale ne révèle « rien » qui expliquerait rationnellement la présence d'une douleur, comme dans le cas de la fibromyalgie et plus largement des douleurs chroniques nociplastiques, elle confronte le médecin à son propre rapport au savoir. Sur le plan psychique, la psychanalyse souligne que le « rien » articule la dimension du savoir à l'objet (a) en tant qu'absence. En d'autres termes, il n'y aurait plus rien à savoir. Dans ce cas, le patient pourrait devenir inintéressant au regard du médecin. Ceci expliquerait le scepticisme à l'égard de la maladie, comme le souligne la littérature scientifique (Baudin, Bruguière, Pheulpin, 2017 ; Berquin & Grisart, 2016 ; Percevault, 2015).

Dans le prisme médical, le corps physiologique du patient se pose comme pur objet de la médecine. La prise en charge est donc naturellement pensée en termes de molécules, de réhabilitation corporelle, de gestion, voire d'investigations interventionnelles, dans l'idée plus globale, qu'un corps peut être réparé. Or, comme nous l'avons déplié, ce corps-là n'existe pas, il est le fruit d'un fantasme arrimé à un discours idéologique. Le corps est certes le lieu de la douleur, car il n'est de douleur que de corps. On a toujours mal quelque part, soit dans tout le corps, soit dans une partie du corps, ou encore dans un organe, mais il est avant tout un lieu de fantasme, un lieu de jouissance, qui est pris dans l'énigme qui le constitue. Du fait d'être pris dans la relation narcissique au médecin, le corps serait également un lieu de résistance au sens psychanalytique. La douleur, quant à elle, se manifesterait du côté d'une défense psychique, en tant qu'elle permettrait de maintenir une limite face au désir insondable de l'Autre.

Le Breton (2008, p.149) pense que la fixation sur l'organicité est une forme de défense professionnelle, voire même de crispation, par laquelle le médecin s'efforce de maintenir sa prise sur le mal sans renoncer à son privilège de spécialiste. D'une part, probablement pour amoindrir un sentiment d'impuissance face à cette douleur persistante du patient et d'autre part, pour écarter leur propre subjectivité, leur propre inconscient, dont ils ne veulent ou ne peuvent rien savoir. Et nous supposons que cette même crispation sur l'organicité a lieu pour le patient, qui peut alors, inconsciemment, maintenir sa plainte à l'endroit de l'Autre.

Du fait que la science soit devenue la figure emblématique du savoir, en tant qu'agalma, c'est-à-dire en tant qu'objet du désir (Askofaré, 2005), le savoir médical est devenu la forme du savoir la plus répandue de nos jours (Spiess, Chevalerias, Razon, 2010). Désormais, il s'insère dans tous les discours sociaux. Dans cette quête désirante, le sujet s'inscrit fondamentalement dans un discours. C'est pourquoi, le discours désigne le lien social (Lacan, 1975). Le sujet contemporain de l'inconscient est pris dans ces discours qui le constituent et qui participent à son système de représentation du monde, désormais épinglé à ce savoir scientifique. Il paraît alors « ordinaire » que la majorité des individus pense que tout peut s'expliquer par la rationalité scientifique et que lorsqu'elle échoue à trouver une explication tangible, le sujet est lui-même décontenancé et en perte de repères. Le problème qui se pose alors est le suivant : étant donné que le transfert se joue sur le versant imaginaire et que l'absence de compréhension des éléments symboliques, prenant place dans la relation, scelle la relation sur le versant narcissique, l'émergence de la résistance inconsciente au discours de l'Autre n'en serait que facilitée.

Selon McVittie & McKinlay (2012, p.434), « des discours produisent des « positionnements des sujets » qui, une fois adoptés, ont des conséquences sur la façon dont l'individu construit son expérience ». Ils prennent en exemple le discours médical qui produit une position de patient, et questionnent dans cette perspective, son engagement dans le soin, en tant qu'agent actif, puisque par essence un patient est passif dans le soin. Afin d'éclairer cette hypothèse, nous nous sommes appuyée sur la théorie des discours selon Lacan. Dans le champ médical, le réel est expliqué par le savoir scientifique produit. Le patient est pris dans ce discours sur le réel. Le discours « sur » est ainsi une représentation du réel pris dans les rets du système signifiant sur lequel il s'appuie. De plus, l'énoncé du sujet (discours intentionnel) est surdéterminé par l'énonciation (discours de l'inconscient).

Le discours intentionnel du sujet, dans un contexte précis, pourrait alors éclairer la manière dont il se positionne face au discours de l'Autre, suivant ses motivations inconscientes. Selon cette hypothèse, le discours des patientes sur leur prise en charge s'élaborerait à partir de leur position subjective dans le colloque médecin-patient, elle-même déterminée par leur rapport à la castration à l'objet scopique (le regard), qui s'opère durant le Stade du miroir.

Enfin, le médecin est prescripteur de sa parole par la place qu'il tient dans le colloque médical, et la position d'autorité qu'il incarne. Le regard que le médecin porte sur son patient, son corps et sa douleur est un gage de reconnaissance de la douleur, mais également de sa condition de malade (son existence en tant que malade et en tant que sujet en souffrance), car son regard se loge à la place de l'idéal du moi. Le regard du médecin va ainsi attester, affirmer, reconnaître, ou, au contraire, répudier, renier, rejeter, non pas la maladie, mais la parole d'un sujet en souffrance. Dès lors, des effets de transfert peuvent expliquer la survenue d'une résistance inconsciente et celle-ci peut mettre en échec le processus de guérison.

Le transfert « imaginaire », selon la définition lacanienne, qui se déploie dans le colloque médical favoriserait la réactivation de la conflictualité qui se joue au moment des identifications, à la sortie du Stade du miroir, car le dispositif médical impliquerait la mise en jeu du regard, du savoir, de la demande et des positions subjectives (activité/passivité). En se jouant sur le versant narcissique, les revendications inconscientes du sujet se poseront continuellement comme tenant lieu de la relation thérapeutique. C'est la répétition de la demande et d'une certaine demande, qui installe le sujet et le médecin à des places, favorisant à leur insu la résistance inconsciente.

Il s'agit désormais d'appréhender cette résistance chez les patients atteints de douleurs chroniques nociplastiques. Pour ce faire, nous interrogeons plus particulièrement des patientes atteintes de fibromyalgie et qui sont en situation dite de résistance thérapeutique sur le plan médical, c'est-à-dire qu'elles ne sont pas soulagées par les traitements mis en place. Ceci afin d'entrevoir ce qui se joue pour elle dans le face à face avec le médecin.

PARTIE 3 :
FONDEMENTS METHODOLOGIQUES
ET DONNEES CLINIQUES

ANALYSE DE CINQ PROTOCOLE DE FEMMES
ATTEINTES DE FIBROMYALGIE

Chapitre 1 :

Au cœur de la recherche -

Les fondements méthodologiques

*« Le plus grand ennemi de la connaissance n'est pas l'ignorance
mais plutôt l'illusion de la connaissance » (Hawking, s.d.)*

I. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

La méthodologie pose clairement la manière dont le chercheur met au travail son hypothèse de recherche (Lavarde, 2008). Elle est en cohérence avec la démarche scientifique adoptée et réfléchit en amont, et elle est le fil conducteur du plan de recherche sur le terrain.

Une recherche en psychologie, dont les fondements reposent sur la psychanalyse, investit le vécu subjectif, c'est-à-dire les processus psychiques à l'œuvre chez un sujet, comme les mécanismes défensifs, les formations de l'inconscient, les identifications ou encore le transfert. En ce sens, elle repose sur le paradigme subjectiviste, comme nous l'avons exposé dans l'introduction de notre thèse. Ceci implique que le choix des outils de recueil de données et d'analyses soit en cohérence avec la démarche scientifique.

Pour ce faire, nous nous sommes orientée, pour le recueil des données, vers l'entretien de recherche et le test du Rorschach. Le couplage de ces deux approches a été réfléchi à partir de ce que nous souhaitons explorer pour chaque sujet, pouvant nous amener des éléments de réponses quant à l'hypothèse de recherche.

Concernant l'analyse des données verbales, nous nous sommes appuyée sur l'analyse de contenu pour les entretiens de recherche et une analyse qualitative dans un référentiel psychanalytique pour le Rorschach.

Le cadre de la rencontre est exposé, afin de transmettre les premiers éléments transférentiels qui participent et s'intègrent dans notre recherche.

1. Cadre scientifique de la recherche

1.1. Contexte, intérêts scientifiques et objectifs

Notre expérience clinique des consultations en CETD a été le point de départ de notre recherche. De ce cadre professionnel est né un questionnement autour, d'une part, de douleurs qui ne semblent pas répondre de manière favorable aux traitements usuels mis en place et, d'autre part, des effets de la relation médecin-malade sur la résistance du sujet à guérir. Ce paradoxe de la douleur continue d'agir et de mettre à mal les patients autant que les professionnels de santé. Plusieurs moments clés dans l'histoire de la prise en charge de la douleur, telle que la première définition de la douleur proposée par l'IASP (1982), la reconnaissance de l'enjeu de santé publique (1998), la clarification par la HAS des spécificités aiguë/chronique (2008), la recommandation de la DGOS concernant l'adoption d'une approche psychosociale (2011), pointent tout l'intérêt que les pouvoirs publics ont porté sur ce mal insidieux et invisible (Hertzog & Razon, 2020).

Notre recherche est à la fois conceptuelle et pratique. D'ailleurs, l'objectif d'une recherche en psychologie clinique est souvent double comme l'explique Lavarde en tant qu'elle est une : « démarche de recherche scientifique (recherche de savoirs) et à la pratique (action) [...] Dans cette perspective, il y aurait une co-production de la connaissance et de l'action en toute autonomie, la psychologie clinique étant d'abord une praxie » (Lavarde, 2008, p.141). Notre recherche permet, d'une part, de poursuivre certains travaux déjà menés sur le lien d'attachement mère-enfant. Elle pourra ainsi enrichir un corpus existant, en interrogeant le lien d'attachement grâce à la méthode psychanalytique. Cette approche du lien à l'Autre se fait à un stade spécifique du développement précœdipien, celui qui implique le Stade du miroir. Elle met également au travail d'autres aspects théoriques, comme le transfert psychanalytique et le Graphe du désir lacanien, comme exposé dans la partie précédente, en interrogeant la résistance de la douleur comme elle est abordée par la médecine, du côté des éléments subjectifs et inconscients, agissant au sein de la résistance psychique.

D'autre part, la visée de notre recherche est liée à faire valoir la place de la psychanalyse en milieu médical et à alimenter les pratiques professionnelles. Ceci afin de rendre compte de la pertinence de son champ théorique pour penser le sujet et les discours qui le constituent, mais également pour permettre une approche de la résistance thérapeutique qui ne serait pas uniquement liée à une résistance physiologique. Interroger la résistance du sujet consiste à prendre en considération que des enjeux inconscients puissent intervenir dans le processus de prise en charge et dans la qualité de la réponse du sujet à son traitement (Luyten & Fonagy, 2016).

Nous supposons que la résistance thérapeutique, dans la fibromyalgie, est liée au transfert issu du colloque médecin-patient, réactivant par la même occasion les enjeux identificatoires du Stade du miroir pendant l'enfance. Ainsi, en élargissant la plainte du côté de la scène inconsciente, nous pensons favoriser la compréhension des fonctions psychiques de la douleur pour un sujet, mais également améliorer sa prise en charge, notamment lorsqu'elle résiste aux traitements usuels (Cedrashi et al., 2009 ; Hertzog & Razon, 2020).

1.2. Méthode clinique et démarche hypothético-déductive

La méthode clinique (Lagache, 1949) est « caractérisée principalement par l'étude approfondie de cas individuels » (Lavarde, p.141). Rappelons que notre recherche repose sur l'épistémologie psychanalytique et en ce sens, le savoir théorique est celui de l'inconscient et sa logique signifiante– savoir à déchiffrer et savoir à transmettre. « Le savoir est ici déterminé par l'interaction entre un chercheur particulier et un sujet ou un groupe » (Bioy, Castillo, Koenig, 2021, p.26). Le propre de la discipline psychanalytique est l'étude du discours et sa structure signifiante, notre méthode, d'investigation et d'analyse, que nous déplaçons dans la partie « outils de recueil et d'analyse des données de la recherche », est donc cohérente avec l'objet d'investigation : le discours conscient et inconscient du sujet.

Notre choix d'une démarche hypothético-déductive est réfléchi à partir de la manière dont nous avons envisagé notre recherche. Nos questionnements « naïfs » ont pris place dans un cadre professionnel, comme nous l'avons mentionné dans la partie introductive de notre thèse. En effet, ces questions ont naturellement abouti à faire des hypothèses préalables à la recherche. Nous n'étions donc pas « vierge » de tout présupposé. Il était donc assez évident que notre recherche s'appuie sur des hypothèses de travail, car nous avons repéré que les effets transférentiels du colloque médecin-patient prennent une place suffisamment importante pour les questionner en rapport avec la résistance psychique, au regard des échecs thérapeutiques trop fréquents. D'ailleurs, selon Pedinielli (2016), la recherche devrait reposer sur des hypothèses, puisqu'elles donnent un cadre à la recherche, tant pour la revue de la littérature que pour les analyses du verbatim, en passant par le dispositif du recueil des données. « Les hypothèses doivent être sans ambiguïté, limitées, et permettre une procédure de validation et/ou de vérification. Il n'existe pas de recherches sans hypothèses ; lorsqu'elles n'apparaissent pas, c'est qu'elles sont implicites et doivent alors faire l'objet d'une explicitation claire » (Pedinielli, p.105). Elles permettent un balisage à travers les méandres de l'inconscient, impliquant également un positionnement en fonction du choix théorique et convoquant les propres théories infantiles du chercheur. « Il nous semble plus dynamique, dans notre proposition méthodologique, de faire un retour aux hypothèses après avoir fait un détour par les données recueillies » (Racin & De Luca, 2020, p.51).

Néanmoins, nous précisons que nous avons apporté une certaine souplesse dans notre réflexion de départ à propos de nos hypothèses de recherche, à la suite de la lecture de l'article de Racin et De Luca (2020), sur la méthode hypothétique et processuelle. Selon les auteurs, la méthode hypothético-déductive pourrait être perçue comme artificielle et causaliste, mais elles présument que cela dépend de l'approche du chercheur. Ceci nous a particulièrement fait écho. Comme le soutient également Pedinielli (2016), Racin et de Luca (2020) expliquent que le chercheur a souvent une idée de départ, car il peut avoir des intuitions, il peut avoir lu sur la question, ou être personnellement touché par le sujet de sa recherche. Ce qui a été notre cas. Deux cas de figure se présentent alors : soit on se trouve en face d'un chercheur, qui a déjà une idée de la réponse aux hypothèses qu'il formule, et, dans ce cas, on pourrait avoir l'impression qu'il cherche dans une direction bien précise, soit, le chercheur est au clair avec ses propres mouvements inconscients qui rentrent en résonance avec ses idées, ses intuitions et ses hypothèses.

Dans ce cas, la méthode ne paraît ni artificielle, ni causaliste, mais très féconde, car, elle mobilise le positionnement du chercheur et l'analyse de ses mouvements inconscients. Nous avons été grandement vigilante à ce propos, afin de demeurer à une place de chercheur, c'est-à-dire une place qui garantisse une posture « d'objectivité », tout travaillant sur un objet purement subjectif que sont les mouvements inconscients du sujet.

Racin et De Luca décrivent aussi la part processuelle de la recherche comme des allers et retours permanents entre la théorie, les hypothèses de départ et l'analyse du verbatim, de telle sorte que tout soit toujours en mouvement, jamais figé, et sujet à remaniement. Cette méthode permet une recherche en constante circularité entre théorie et pratique ou entre théorie et recherche. Ceci décrit précisément la manière dont nous avons élaboré nos propres hypothèses de recherche, ayant été soumises à cette circularité constante de la pensée. Puisque nous ne cherchons pas à valider nos hypothèses mais à produire des connaissances supplémentaires sur un sujet, à partir de ces intuitions préalables, nous sommes convaincue du bien-fondé de cette démarche dans une recherche qui appelle la méthode psychanalytique. C'est du fait d'éprouver l'analyse, car elle passe nécessairement par l'inconscient du chercheur, que les hypothèses premières sont inévitablement sujettes à être repensées. Par contre, les auteurs nous rendent attentives à ce que le remaniement ne s'apparente pas à une tentative de faire correspondre les résultats aux hypothèses. « Au même titre que la règle fondamentale postule la suspension des attentes de l'analyste, les hypothèses gardent leur pertinence en tant que mise en forme par le chercheur des processus qu'il souhaite étudier » (Racin & De Luca, p.51).

1.3. Population et échantillon

La douleur chronique nociplastique constitue le thème dans lequel notre question de recherche prend place ; l'objet de notre recherche étant la résistance thérapeutique. Néanmoins, nous avons choisi de nous orienter vers la fibromyalgie, justement par sa représentativité au sein de ce type de douleurs, au sein d'une population féminine (Dumolard, 2016), mais également par son caractère résistant aux thérapeutiques usuelles. Néanmoins, il n'est pas exclu que cette résistance puisse se repérer dans d'autres types de douleurs et nous n'avons pas exclu la possibilité d'inclure par exemple les céphalées chroniques, qui font également partie des douleurs chroniques nociplastiques. Si les catégorisations sont une aide pour un médecin, elles ne sont en revanche pas un modèle de référence dans le champ de la psychologie.

En effet, comme le souligne Visentini (2021), en médecine somatique, une volonté d'efficacité des traitements a conduit à abandonner la connaissance du cas unique pour privilégier des actes de soin *en masse*. Loin de reléguer la dimension objective au second plan, nous donnons une place centrale à la singularité et à la subjectivité du cas clinique, puisque nous constatons que, malgré les révisions effectuées par l'IASP pour affiner les classifications et la nature des douleurs rencontrées, il est toujours question de s'interroger sur l'inefficacité de la prise en charge au-delà même des mécanismes en cause (Borsook et al., 2018). Il nous paraît donc nécessaire de réinterroger l'individuel plutôt que le collectif, celui qui se situe dans les classifications médicales.

Cette approche singulière du sujet concerne également le choix de notre échantillon. C'est dans cette perspective que nous avons opté pour l'étude de cas, qui « consiste en un travail d'élaboration et de présentation du contexte et du fonctionnement psychologique d'une personne » (Barfety-Servignat, 2021, p.97). L'étude du cas unique est un dispositif de choix en psychologie clinique, visant à comprendre le sujet en interaction avec son environnement. Afin d'obtenir suffisamment de matériel pour permettre le repérage de processus « communs », tout en privilégiant une approche qualitative, nous avons rencontré huit femmes et analysé en profondeur cinq protocoles de recherche, incluant les entretiens de recherche ainsi que le test du Rorschach. Le choix d'inclure uniquement des sujets féminins repose sur les statistiques, qui indiquent qu'elles sont plus touchées par les douleurs chroniques nociplastiques que les hommes.

Dans la fibromyalgie, « il existe une prédominance de femmes jeunes puisque 80% des patients sont des femmes et que 90% ont moins de 60 ans » (Percevault, 2015, p.13) ; la prévalence des femmes est 7 à 10 fois plus élevée que les hommes et sont souvent des femmes actives âgées de 30 à 50 ans (Castro De Souza, 2014).

Notre objet de recherche porte sur la résistance thérapeutique dans la douleur chronique nociplastique, c'est-à-dire des douleurs persistantes depuis, au moins 3 mois, selon les critères médicaux en vigueur. Par conséquent, nous avons demandé à ce que les participantes soient suivies au niveau médical depuis au moins 6 mois ou qu'elles aient été suivies durant une période similaire, et qu'elles aient obtenu un traitement thérapeutique, ainsi qu'un diagnostic des pathologies qui entrent dans le cadre de ce type de douleurs. Elles devaient être dans une situation dite de résistance thérapeutique, c'est-à-dire montrer une inefficacité du ou des traitements administrés.

Notre échantillon présente donc une plainte somatique récurrente, au-delà d'une prise en charge qui devrait être efficace. Nous avons échangé au préalable sur l'efficacité du traitement avec chacune des participantes, à même de savoir si leurs douleurs ont diminué ou non suite à cette prise en charge. L'absence d'effet du traitement sur la douleur a été un prérequis pour réaliser l'entretien de recherche. Les critères de « non inclusion » ont été validés dans un échange convivial avec les patientes, pour éviter l'aspect trop protocolaire que des questions/réponses auraient pu produire. En ce sens, nous avons également veillé à ce que ces femmes répondent à ces critères dans leur ensemble, et non, points par points, pour éviter une quelconque atteinte à la vie privée ou un sentiment de discrimination.

Nous avons décidé d'être vigilante aux éléments suivants :

- Les patientes présentant des douleurs mixtes (neuropathiques et nociplastiques ou inflammatoires et nociplastiques), afin de demeurer au plus proche de notre objet de recherche.
- Les difficultés de verbalisation ou d'audition, puisque notre outil méthodologique repose sur la verbalisation et les échanges entre sujet et chercheur.
- Les femmes de moins de 25 ans ou encore les femmes enceintes, pour éviter que d'autres processus psychiques, particulièrement mobilisant pendant ces deux périodes de vie, puissent intervenir.

- Les personnes âgées de plus de 60 ans, dont le risque de présenter d'autres pathologies physiques et/ou mentales est accru.
- Les personnes dépendantes aux opioïdes car leurs puissants effets antalgiques et leurs effets psychotropes peuvent porter préjudice à la verbalisation, l'élaboration et détériorer les capacités de mentalisation du sujet.

2. Outils de recueil de données et d'analyse

Afin d'obtenir des données « exploitables » pour la recherche, les modes de recueil de données et d'analyse doivent être rigoureusement construits. Ils doivent permettre de faire ressortir les éléments pertinents en regard de l'hypothèse préétablie. Les outils que nous avons choisis sont en lien avec les objectifs que nous nous sommes fixés, à savoir : explorer le vécu subjectif et appréhender la construction de l'image de soi, celle qui se développe durant le Stade du miroir. Afin d'être au plus proche de nos objectifs, nous avons décidé d'employer l'entretien de recherche semi-directif et le test du Rorschach. Voici plus en détail les éléments qui ont conduit à ces choix.

2.1. Phase de recueil des données

a. L'entretien de recherche semi-directif

Pour réaliser notre recherche, nous avons opté pour l'entretien de recherche, car il est un outil adapté au recueil de données qualitatives, regroupant les contenus manifestes et latents du récit, ainsi qu'à l'étude de l'énonciation (Pedielli & Rouan, 1998). Celui-ci a une visée exploratoire en profondeur. Il est défini par un thème à aborder, à partir duquel l'interviewé peut déplier son récit (Boutin, 2019), ce qui favorise la réactivation de la conflictualité psychique chez le sujet interrogé. Ce récit sur sa propre histoire permet « d'activer sa capacité narrative et autoréflexive sur ce qui, d'une manière ou d'une autre, fait problème pour lui » (Bazire, Proia-Lelouey et Johnston (2018, p.222). Il est donc un outil de choix pour refléter la singularité d'une expérience de vie et les résonances émotionnelles et fantasmatiques induites par les thématiques évoquées (Bazire, Proia-Lelouey et Johnston, p.222).

On peut compter trois styles d'entretiens que sont l'entretien libre, l'entretien semi-structuré (ou semi-directif) et l'entretien structuré (ou directif). Nos entretiens ont été menés selon un style semi-directif centré sur la personne – ESDC, selon la définition qu'en donne Romelaer (2005, p.104) : « L'ESDC (l'entretien semi-directif centré) réalise un compromis souvent optimal entre la liberté d'expression du répondant et la structure de la recherche ».

Son degré de liberté étant significatif, il permet de laisser libre cours à la parole du participant. Par ailleurs, ce style d'entretien reprend les avantages des deux autres, sans les inconvénients (Stoléru, Kosmadakis & Allilaire, 2011), c'est-à-dire qu'il permet un cadrage relativement structuré du déroulement de l'entretien tout en favorisant l'exploration de l'expérience subjective du sujet. Les relances et reformulations sont les deux principaux leviers pour permettre le déploiement de la parole dans cette visée exploratoire et le cadrage semi-structuré se formalise par des thématiques que nous souhaitons aborder, consignées dans un guide d'entretien, pensé en amont. Ce cadrage encourage la reproductibilité des discours de sorte que des similitudes peuvent émerger.

Notre empathie et notre écoute active de chaque récit font partie intégrante de l'entretien de recherche. Elles permettent de rendre compte au mieux de la dynamique des processus psychiques, afin de restituer le plus clairement possible la vérité du sujet, à partir de ses propres représentations, désirs et modalités de résolution des conflits.

Notre guide d'entretien a tout d'abord été pensé comme un repère, un balisage, en vue de ne pas s'égarer hors du champ de la recherche, sans s'enfermer dans un cadre trop rigide, afin de ne pas perdre de vue notre objectif principal : rester au plus près de la subjectivité des participantes et leur permettre de partager le sens qu'elles donnent à leur vécu. Cette liberté de parole permet le déploiement du récit selon la direction du sujet, parce qu'il touche à des éléments de sa propre problématique inconsciente. Les questions du guide sont plus des thématiques que des questions *stricto sensu*. Ce guide d'entretien a été réfléchi pour « éviter que les interventions de l'interviewer n'amènent le répondant à s'exprimer dans un sens qui ne reflète pas fidèlement ce qu'il sait, ce qu'il a vécu, ce qu'il pense et ce qu'il ressent » (Romelaer, 2005, p.116).

Nos interventions ont été réalisées sous forme de thématiques à aborder, bien que nous nous sommes en premier lieu appuyée sur la parole des sujets. Les questions ont donc toutes été posées, en veillant à s'adapter naturellement au récit de la participante, donc l'ordre et la tournure ont pu être plus ou moins modifiés. Nous avons aussi veillé à respecter les associations libres des participantes. Nous avons considéré que si elles n'abordaient pas les thèmes d'elle-même, nous allions les investiguer en étant très attentive à ne pas faire effraction, et que si nous repérions trop de résistances, nous n'irions pas plus loin. Cela aurait pu s'apparenter à un forçage, cela aurait même pu être menaçant psychologiquement.

Avant le début de nos entretiens, nous avons rappelé le cadre de celui-ci, c'est-à-dire qu'elles se sont présentées pour cette recherche pour témoigner de leur expérience et leur vécu avec la douleur et leur parcours de prise en charge. Nous sommes restée évasive pour ne pas influencer leur récit et qu'elles n'anticipent pas leurs réponses.

Pour démarrer les entretiens, nous avons d'abord demandé aux participantes de se présenter, en leur posant une question que l'on peut considérer comme « banale » : « *Pouvez-vous me parler de vous, vous présenter en quelques mots ?* ». Cette *phrase d'entame* (Romelaer, 2005) s'est voulue la plus neutre possible, sans connotation négative, ni utilisation de terme qui risquerait d'orienter le récit. Elle permet de mettre le sujet en condition d'entretien en douceur, propice à l'installation d'un transfert. Celui-ci est crucial pour encourager le déploiement d'une parole authentique et pour que le sujet s'autorise à dévoiler son intime. Ce qui est primordial dans le cadre d'une recherche en psychologie qui utilise l'entretien de recherche comme outil d'investigation.

Pour introduire le thème, lorsqu'elles ne l'ont pas fait naturellement, nous leur avons posé la question suivante : « *Comment ont débuté vos douleurs ?* ». Cette question suffisamment large amène peu à peu le sujet dans sa réalité subjective, afin d'accéder à son vécu de la douleur et pourquoi pas à certains éléments contextuels et affectifs.

La seconde question se centre essentiellement sur le déroulé des consultations et le sens qu'elles donnent à leur propre expérience de leur prise en charge et de la relation à la figure du médecin : « *Pouvez-vous me dire comment se sont passées les consultations avec les médecins que vous avez rencontrés ?* ». A partir de cette question, nous nous appuyons sur le récit du sujet pour encourager la verbalisation sur ce thème.

Ensuite, la question suivante aborde la sphère personnelle, afin d'ouvrir sa psyché vers une dimension plus affective : « *Est-ce que vos douleurs ont eu des répercussions sur votre vie ?* ». C'est l'exploration de leur vécu quotidien et leurs liens à leur entourage qui est désiré.

Les deux prochaines questions, qui sont posées séparément, ont pour objectif d'amener progressivement le sujet à explorer son enfance, toujours avec un degré de liberté optimal afin de ne pas risquer de le heurter ou de favoriser une situation menaçante pour lui (Romelaer, 2005), ce qui aurait été contre-éthique. C'est pourquoi, nous sommes partie du thème de la douleur, qui est central dans notre recherche, pour encourager la verbalisation du côté de l'enfance. Ceci a permis d'amener en douceur cette thématique auprès des participantes, car elle ne présente pas de façon manifeste un lien avec l'objet de la recherche. Ceci a été pensé pour éviter la manifestation de résistances trop massives, qui auraient pu empêcher la poursuite de l'entretien.

« *Avez-vous eu des maladies ou des douleurs particulières dans votre enfance ?* » ;

« *Est-ce que vous vous souvenez comment vos parents prenaient cela en compte ?* ».

Pour terminer, cette dernière question explore de façon approfondie les aspects relationnels aux parents : « *Pouvez-vous me parler (ou développer) de votre relation avec votre mère (père) ?* ». Elle pénètre au cœur de ce que nous souhaitons explorer du sujet. Interroger la relation aux deux parents était un choix pour ne pas orienter le vécu dans un sens qui ne serait pas celui du sujet.

Rappelons que toutes les questions sont un point d'amorce au déploiement du discours. Nous avons prioritairement favorisé les relances et les reformulations à partir du récit en cours de narration. Pour ces raisons, nos interventions au cours des entretiens diffèrent de l'élaboration théorique de ce guide. Nous nous sommes appuyée sur leur parole afin de favoriser et encourager le développement de la pensée et du vécu personnel, et respecter au mieux la subjectivité et la temporalité du sujet. Ceci a été particulièrement efficace, dans le sens où elles ont été coopératives et désireuses de répondre à nos investigations.

Dans une recherche, il est évident que la demande vient du chercheur, il n'empêche que le participant a également quelque chose à dire. C'est ce désir de partager son expérience et son vécu qui le pousse à la rencontre d'un chercheur. Cette rencontre est d'ailleurs un moment privilégié où émerge un transfert et tout ce qui peut s'y rapporter de part et d'autre de la relation. Ce que nous déplierons dans la partie sur les - *Effets transférentiels dans la recherche*.

b. Le test du Rorschach

Suite aux entretiens, nous avons réalisé une épreuve projective qu'est le test du Rorschach. Le choix du Rorschach repose sur la pertinence qu'il présente dans notre recherche, dans sa complémentarité aux entretiens. L'alliance des deux outils permet d'aller plus en profondeur dans la lecture des processus psychiques identificatoires et dans l'univers fantasmatique du sujet. La possibilité de mettre en scène des fantasmes apparaît comme un élément primordial dans notre recherche, car la dimension fantasmatique renseigne sur le rapport à l'objet (a) dans le champ scopique. Le fantasme montre la prise du sujet dans le désir de l'Autre. « Le recours à une double investigation — par des entretiens de recherche et des tests projectifs par exemple — participe à cet objectif d'une analyse au-delà de la simple observation visuelle et permet une « plongée dans les profondeurs » de la psyché » (Racin & De Luca, 2020, p.3). En recherche, l'intérêt d'avoir recours à une épreuve projective repose donc sur la complémentarité et l'enrichissement dans la confrontation des outils utilisés. Notons que son utilisation diffère par sa visée, qui n'est pas thérapeutique, ni diagnostique, mais exploratoire. Dans une réflexion articulée aux hypothèses de recherche, plus les outils sont diversifiés plus les données sont riches.

Selon Anzieu (1997), la finesse de l'outil dans la détection de certains processus psychiques s'ajoute à des repérages préalables, obtenus par d'autres méthodes, « à condition que ses résultats recourent des données obtenues par d'autres méthodes, ce test aboutit à une estimation dynamique des ressources actuelles et latentes du sujet, ainsi que de ses points vulnérables » (Anzieu, p.11). De plus, son intérêt majeur repose sur le caractère de fidélité et de validité des réponses standardisées, et sur son accessibilité aux productions psychiques d'un sujet (Chabert, Louët, Azoulay et Verdon, 2020 ; Verdon et Roman, 2022). Son caractère authentique réside dans la préservation de l'essence du sentiment inconscient par le phénomène de déplacement de l'objet interne sur le matériel (Anzieu & Chabert, 2011) et renseigne sur la mobilisation des processus primaires et secondaires (association des représentations personnelles inconscientes au stimulus visuel extérieur), grâce à l'abstraction du matériel.

L'épreuve projective rend compte de la manière dont le sujet peut s'appuyer sur son système perceptif pour mobiliser ses émergences inconscientes. Le matériel sollicite des fantasmes inconscients, des mécanismes de défenses, des objets internes, qui subissent des transformations pour répondre à la réalité extérieure. Il peut indiquer la prédominance des processus primaires, montrant des difficultés adaptatives du moi. Il peut provoquer un rejet, des difficultés à se saisir de la consigne ou à produire des réponses, ce qui indique également que les assises narcissiques sont fragiles et qu'il peut y avoir de fortes résistances. Les transformations des sollicitations inconscientes en réponses plus adaptées à la réalité externe sont l'effet des processus secondaires et sont l'indice de la qualité de l'intrication pulsionnelle, ainsi du niveau de maturation du système moiïque.

Concernant le Test du Rorschach, sa configuration en symétrie favorise l'évaluation des images du corps et des frontières du moi. Le travail de Chabert, sur l'investigation fouillée des processus identificatoires et de leur rôle dans le fonctionnement des instances moiïques et idéales, offre à notre recherche une réelle valeur ajoutée. Le matériel permet d'approcher les processus inconscients plus directement qu'au travers d'un autre matériel, comme un entretien de recherche qui requiert un travail phénoménologique, interprétatif et analytique, pour entendre ce qui se joue sur la scène inconsciente. Cette accessibilité est expliquée par Anzieu (1997, p.13) : « la situation projective peut induire une suspension provisoire des deux censures, une régression brusque, topique et formelle, et l'émergence dans le système perception-conscience d'un fantasme inconscient, émergence qui court-circuite le passage par le préconscient ».

De plus, on ne peut faire l'impasse sur la similitude entre la situation projective et le Stade du miroir, comme l'évoquent Pheulpin, Benfredj-Coudounari et Bruguière (2003). Lacan (1949) souligne d'ailleurs que l'image spéculaire peut s'appréhender dans un matériel comme le Rorschach. Celle-ci nous renseigne sur le niveau de structuration du désir au moment des identifications précœdipiennes, car le désir de l'Autre donne forme à l'objet (a). C'est-à-dire qu'il détermine l'image que le sujet se fait de lui-même. « Et sans doute, pouvons-nous considérer la situation projective comme un autre miroir permettant de renvoyer une image du sujet au sujet et au clinicien qui, dans cette situation, par le jeu des mouvements transférentiels, est mis en lieu et place de l'imgo maternelle » (Pheulpin, Bruguière, Noir et Benfredj, 2017, p.317).

Cette analogie rejoint les propos de Chabert (1983, 1997) lorsqu'elle assimile la situation projective à des mouvements éventuels de persécution, mobilisés par l'implication du regard du clinicien, ou dans notre recherche, du chercheur lui-même, permis par les enjeux transférentiels qui se déploient. Le regard est contingent à la fonction du miroir, donc à une fonction spéculaire et prend une place particulière dans les tests projectifs (Chabert, 1983 ; Pheulpin, Bruguière, Noir et Benfredj, 2017). Il peut être recherché dans le matériel au lieu de le chercher au lieu de l'Autre. « Cette nouvelle configuration d'une adresse, quasiment sans échange de regards, pourrait se rapprocher du cadre analytique. Cependant, la présence d'un objet tiers qui attire la pulsion scopique l'en différencie fondamentalement » (Pheulpin, Bruguière, Noir et Benfredj, 2017, p.145). Selon Chabert (1983), le chercheur est sollicité par le participant, car le dispositif réactive des affects de performances, de compétitions et de peur du jugement. En ce sens, l'agressivité du participant peut être une réaction devant le regard du chercheur, perçu comme juge.

Enfin, le matériel offre la possibilité de repérer les aspects identificatoires qui renseignent sur la structuration du désir du sujet. C'est l'image humaine au Rorschach qui sert de modèle identificatoire (Chabert, 1983). Représentation de soi et processus identificatoires sont donc en lien selon l'hypothèse que formule Neau (2014), à savoir, la représentation de soi contient une valence identitaire et une autre identificatoire, et prend appui sur la reconnaissance du corps propre ainsi que du corps vécu.

Dans une perspective dynamique, le matériel renseigne davantage sur les mécanismes de défenses et les résistances, soit la nature des pulsions inhérentes au conflit psychique. Le matériel peut fortement mobiliser les défenses et les résistances du sujet, qui se confronte pour la première fois à cet exercice. Nous avons ainsi jugé pertinent de faire passer l'intégralité de l'épreuve projective. D'une part, cela favorise la rencontre avec le matériel et respecte au mieux la temporalité nécessaire à chacun pour s'en saisir. D'autre part, cela nous permet d'avoir une vision globale de la passation, des réactions des participantes et de repérer les facteurs de résistance, à distinguer de la latence nécessaire à se saisir du matériel.

Concernant la passation du Test, nous nous sommes appuyée sur les recommandations de Chabert.

Dans un premier temps, nous avons communiqué la consigne de départ, qui repose sur la règle de non-omission et d'association libre de la parole, sous la formulation suivante : « *Je vais vous présenter une série de planches. Vous me direz ce que cela représente pour vous ?* ». Cette question se veut la plus neutre possible afin d'éviter la suggestion chez les participantes.

Nous leur avons précisé qu'elles n'étaient pas soumises à un impératif de temps et qu'il n'y avait ni bonnes ou mauvaises réponses. Les planches ont été disposées en tas, à l'envers, puis présentées une par une, en face du sujet.

Dans un second temps, le temps dit de l'enquête, nous sommes revenue sur les planches afin de recueillir des réponses complémentaires qui n'ont pas été formulées d'emblée. L'enquête nous a permis de réaliser une cotation plus approfondie, selon trois axes : la localisation, le déterminant et le contenu. Par conséquent, nous avons demandé aux participantes de répondre à deux questions élémentaires, le (s) élément (s) sur la planche, ayant déterminé leur réponse, et sa (es) localisation (s). Afin de faciliter le repérage des localisations, nous avons prévu une impression en format papier des planches, en version miniature. Nous avons donc facilement pu entourer les zones et les annoter.

Enfin, l'ensemble de la passation a été enregistrée pour les mêmes raisons que pour l'entretien de recherche. L'idée est de pouvoir être pleinement centrée sur la personne.

2.2. Phase d'analyse de nos données

a. L'analyse de contenu : du descriptif à l'interprétation du discours

Le traitement du matériel en recherche clinique est envisagé par un ensemble de techniques d'analyse. Pour notre recherche, nous avons décidé de réaliser une analyse de contenu. « L'analyse de contenu est une méthode de description systématisée et d'analyse des données verbales » (Castillo, 2021, p.219) et s'intéresse à l'acte de production de la parole (Bardin, 2013 ; Pardinielli, 2016). Elle se veut une approche de compréhension de l'expérience personnelle et « ce n'est pas parce qu'une méthode porte sur des contenus singuliers, subjectifs, qu'elle est en elle-même subjective » (Castillo, p.219).

L'analyse de contenu repose sur les principes épistémologiques suivants : les propos dans les récits de sujets sont des données scientifiques, ses fondements méthodologiques rigoureux lui confèrent sa validité scientifique et elle répond à des contraintes systématisées tout en offrant une liberté d'analyse au chercheur (Castillo, p.220). C'est une méthode appropriée à l'analyse de petits échantillons.

Une analyse de contenu est une lecture syntagmatique et paradigmatique du discours. La première suppose un cheminement unique et singulier en rapport avec le sujet interrogé et la seconde demande une capacité à aller au-delà du récit, c'est-à-dire comprendre « l'univers des possibles » (Bardin, 2013, p.99). Elle s'appuie ainsi sur deux principes : la description et l'analyse (Castillo, 2021).

La description considère de pouvoir répondre à deux questions : « qu'est-ce qui est dit (description thématique) ? Et comment (description linguistique) ? Elle repose sur la retranscription fidèle des propos des sujets et se structure par la catégorisation (identification de thèmes) et la classification (indexation dans les thèmes) des énoncés » (Castillo, p.220). La description est analogue à l'énoncé du discours produit qui est celui qui se rapporte à la grammaire rationnelle (Lacan, 1958).

L'analyse se réfère à l'interprétation du discours afin de saisir le processus psychologique qui sous-tend ce dernier. « Elle permet de passer du sens des énoncés à leur signification. Cette démarche de généralisation des résultats obtenus permet également un retour aux théories et concepts nourris par cette analyse » (Castillo, p.221). Cette analyse se rapporte à l'étude de l'énonciation du discours, c'est-à-dire ce qui est au-delà de l'énoncé.

C'est la coexistence de ces deux moments de l'analyse du contenu qui garantit sa validité scientifique.

Etape 1 : Phase de description et découpage thématique

Lors de la phase de description, nous réalisons un découpage thématique, selon la définition de Castillo (2021), comme évoqué en amont, et Pedinielli (2016, p.110) : « elle correspond à une complexification de la question simple : de quoi le sujet parle-t-il ? Elle procède par découpage du discours et recensement des thèmes principaux et secondaires ». Ces thématiques sont induites à partir des thèmes interrogés lors des entretiens ; ceux qui sont élaborés dans notre guide d'entretien.

Ces thématiques communes à tous les entretiens donnent quelque peu forme à notre analyse des données (notre plan d'analyse). De plus, elles nous aident à recouper les données entre elles et mettre en lumière les problématiques singulières et communes des participantes, dans une discussion théorico-clinique. A ce découpage induit et systématisé du discours, s'ajoutent les thèmes supplémentaires, qui peuvent émerger, et qui sont intégrés ou non à notre analyse, selon leur pertinence par rapport à nos objectifs et nos hypothèses de recherche. De cette façon, l'analyse est facilitée et se fait uniquement sur les données estimées pertinentes pour notre recherche.

Ce n'est pas une sélection des données susceptibles de donner une consistance et une vérification à nos hypothèses, mais bien une sélection par rapport à l'élaboration thématique en lien avec notre recherche, soit (1) la relation médecin-patient et (2) la relation mère-enfant. Pour chaque entretien et au sein de chaque thématique, nous avons mis en évidence des « référents noyaux », tel que Bardin (2013) les nomme. Ce sont des signifiants ayant un rôle d'attraction sémantique, conférant au discours, sa consistance structurelle. La description linguistique du contenu de chaque récit (le comment) reste au plus proche de la manière dont le sujet a narré son histoire, comment le sujet s'en est saisi, ce qu'il a compris ou refoulé, et reprend ainsi fidèlement les verbatims retranscrits, pour appuyer la description qui en est faite. C'est ce que Pedinielli (2016) explique par rapport à la position du sujet au sein de son propre discours, à savoir que son propos a une valeur référentielle (ce qu'il dit) et une valeur modale (ce qu'il pense de ce qu'il dit). Ceci concerne l'énoncé du discours.

C'est pour ces raisons que nous décidons de ne pas utiliser de logiciel d'analyse. Plus spécifiquement, le logiciel est calibré pour identifier les occurrences des mots, dans un rapport de proximité lexicale (espace) et dans un rapport de fréquence d'association (temps), mais ne permet pas le repérage des résistances qui se logent dans les difficultés associatives du sujet.

Nous privilégions ainsi une approche purement qualitative, afin de prendre en compte d'autres éléments que les occurrences, comme « le pouvoir structurant de certains signifiants » et « leur valeur référentielle du point de vue du contenu » (Bardin, p.244). En d'autres termes, l'analyse de l'énonciation peut être difficilement repérable une fois que les occurrences d'un point, de vue quantitatif, sont établies.

Etape 2 : phase d'analyse du discours

Nous réalisons ensuite une analyse des données recueillies, à partir de l'état descriptif du récit. Dans la méthode psychanalytique, cette analyse repose sur l'énoncé du discours et son articulation à l'inconscient, qui se repère dans l'énonciation du discours. C'est elle qui permet de mettre à jour les conflits inconscients, masqués par l'aspect formel du discours (Bardin, 2013). D'ailleurs, elle repose sur des indicateurs précis que nous mentionnons dans la partie « opérationnalisation de la recherche ».

L'énonciation revient à comprendre ce qui est dit au-delà parole en acte (Mainguenu, 2016) et ce sont les structuralistes qui ont initié cette écoute singulière. Elle participe à comprendre la structure du discours. « C'est une analyse des relations entre *propositions*, un travail d'observation de l'enchaînement des propositions » (Bardin, 2013, p.230). Elle est une analyse qualitative selon la définition qu'en donne Bardin (2013, p.226) : « l'analyse de l'énonciation est le résultat d'influences d'origines variées. Lacan et la psychanalyse participent à la conception d'un discours où la manifestation formelle masque et structure l'émergence de conflits latents ». C'est pourquoi Lacan s'en est inspiré pour élaborer sa théorie de l'inconscient, en tant qu'il est tissé par les métaphores et les métonymies du langage. Selon sa formule, si l'inconscient est structuré comme un langage, c'est dans la trame signifiante du discours que nous accédons aux éléments inconscients du sujet.

Les concepts théoriques en arrière fond de la réflexion contribuent à la transformation du récit en respectant la subjectivité et la singularité du cas. Selon Pedinielli (2016, p.110), la situation discursive, l'attitude du sujet à l'égard de l'interlocuteur et la position du sujet envers son énoncé, sont les principaux déterminants de l'analyse de l'énonciation.

L'analyse du discours ne prend pas en compte le sens commun (Willig, 2017). Elle n'est pas la discipline qui étudie l'objet du discours, mais le discours lui-même, et plus spécifiquement, le tissage entre l'ensemble des paramètres du discours (Bardin, 2013 ; McVittie & McKinlay, 2012). La technique de l'inférence (Bardin, 2013) permet l'analyse de ce tissage entre propositions. De cette façon, il est possible d'entendre toute une dimension du sujet qui ne s'entend pas dans une communication classique. Cette inférence permet donc de mettre à jour la chaîne signifiante inconsciente.

En résumé, l'analyse qualitative du discours, selon la méthode psychanalytique, prend donc en considération l'énonciation (le dire), mais également les propos manifestes ou le dit (l'énoncé) ; le dit étant indissociable du dire. Pour Mainguenau (1993, 2012), l'analyse du discours est la discipline qui vise à rapporter des textes à travers leur dispositif d'énonciation, aux lieux sociaux qui les rendent possibles et qu'ils rendent possibles. Ce lieu peut être une position dans un champ symbolique. Il est intéressant de repérer sur quels facteurs reposent son approche du discours : le dispositif d'énonciation et le contexte dans lequel il prend place. Il existe également selon Foucault une singularité discursive. Elle nous intéresse dans la mesure où, comme le suppose Lacan (1966), la résistance est l'effet d'un discours Autre qui la produit.

Dans *L'archéologie du savoir*, Foucault (1969, p.40) distingue le discours de la parole en éveillant à « montrer pourquoi il (le discours) ne devait être autre qu'il n'était, en quoi il est exclusif de tout autre ». Foucault a d'ailleurs reconnu la démarche épistémologique de Lacan (Birman & Hoffmann, 2016, p.162). Le sujet émet un discours dominé par des règles de structure qui conditionnent sa parole. Le discours est donc déterminé par des événements qui le précèdent. Il est unique mais également propice à la répétition, car il s'énonce dans un cadre précis, relatif à un certain nombre de circonstances analogues. Le discours évoque des arguments, des métaphores, des idées, partagées, et une répétition des places qui s'énonce dans un contexte spécifique, à partir d'un objet partagé.

Foucault suppose que le champ de la science médicale s'ordonne autour d'un discours, qui est déterminé par ses objets, ses concepts, son éthique, ses hypothèses, ses trajectoires thérapeutiques, ses enjeux institutionnels, etc. En ce sens, l'énoncé est singulier mais potentiellement généralisable à une population, un contexte, un lieu, donnés, grâce à des « invariants » contextuels.

C'est ce que Lacan entend dans sa conception des quatre discours. Les invariants des discours lacanien sont représentés par l'agent du discours, la vérité, qui sous-tend le discours, l'autre, à qui s'adresse ce message, et la production, soit ce qu'il résulte de ce discours, et par les 4 termes du discours que sont S1, S2, \$ et (a) (ou mathème du fantasme).

En ce sens, le repérage de la soumission à un discours commun peut potentiellement être pertinent pour comprendre ce qui se joue pour le sujet, et notamment, dans notre recherche, ce qui peut favoriser l'émergence de résistances en réponse à un discours donné.

b. Le Rorschach : une analyse psychanalytique

Etape 1 : Phase de cotation

La cotation est réalisée dans un référentiel psychanalytique. Selon Chagnon (2013), la cotation de l'école française du Rorschach se base sur les travaux notamment de Anzieu, Rausch de Traubenberg et Chabert, inscrivant l'intérêt du test dans une perspective psychanalytique. Chabert a été la première à participer très largement à l'organisation et la diffusion des travaux de l'école de Paris et nous nous sommes inspirée de ses propositions, reprises dans le *Manuel du Rorschach* et du *TAT, interprétation*, de Chabert, Louët, Azoulay et Verdon (2020), qui précisent que pour que la cotation soit un cadre solide à l'analyse, elle ne doit ni devenir un exercice trop rigide de transformation de la parole en sigles et lettres, ni être dévalorisée au profit du seul discours du sujet. Une approche souple est requise afin qu'elle soit une source de données pertinente.

Nous avons utilisé le *Nouveau Manuel de cotation des formes au Rorschach* de Azoulay, Emmanuelli et Corroyer (2012), le dernier ouvrage en date, proposant une approche basée sur la psychanalyse. Par ailleurs, nous avons puisé dans nos cours de Master et les précieux conseils fournis par le corps professoral, qui nous ont permis de nous approprier ce matériel et les outils fournis, notamment le psychogramme et les normes, selon Rausch De Traubenberg (1970).

La cotation renvoie dans un premier temps aux aspects quantitatifs du matériel. Les éléments quantitatifs « servent d'armature à l'interprétation qualitative » (Chabert, Louët, Azoulay, Verdon, 2020, p.133) et rendent compte du fonctionnement psychique et des possibilités adaptatives ou défensives. Nous nous sommes intéressés aux aspects quantitatifs des réponses, mesurés à l'aide du psychogramme, et qualitatifs, privilégiant ainsi l'activité psychique subjective et singulière. La cotation selon Azoulay, Emmanuelli et Corroyer (2012) renseigne sur les déterminants formels, dans leur aspect quantitatifs et qualitatifs, en fonction du mode d'appréhension des planches. La cotation des contenus porte les contenus spécifiques (humain, animaux) et concernant les contenus non spécifiques, ils font l'objet d'une étude quantitative et qualitative.

D'après les travaux de Chabert, Louët, Azoulay et Verdon (2020), nous avons intégré que la cotation favorise l'émergence d'hypothèses globales pouvant ensuite être confrontées à la lumière des éléments qualitatifs du protocole.

Etape 2 : Phase d'analyse

L'analyse est également réalisée dans un référentiel psychanalytique. Pour se faire, nous nous sommes référée aux travaux de Rausch de Traubenberg (1970) et de Chabert (1997, 2012) et sa collaboration avec Louët, Azoulay et Verdon (2020). Notre intérêt a été principalement mobilisé par l'approche psychanalytique que Chabert propose dans sa relecture des travaux de ces prédécesseurs et sa collaboration avec Anzieu. L'originalité du travail de Chabert, selon Anzieu (1997), est d'avoir réussi à approfondir et éclairer le rôle des identifications dans la constitution et le fonctionnement du système moiïque, y compris les instances idéales, ce qui nous intéresse particulièrement.

L'application du modèle psychanalytique à l'interprétation du Rorschach est incontournable dans notre recherche et notre propre référentiel théorique. Cette conceptualisation du matériel, d'après les fondements théoriques psychanalytiques, nous permet d'approcher les représentations que les participantes se font de leur image inconsciente du corps, de l'imgo maternel, de la qualité de leurs investissements narcissiques et objectaux, de leurs assises narcissiques, et de la souplesse ou de la rigidité du fonctionnement psychique.

Par ailleurs, nous nous sommes référée sur quelques points, détaillés en aval, à Castro (2016), qui propose une approche plus intégrative. Celle-ci est intéressante dans la mesure où elle s'inspire des travaux de Weiner (1994), un collaborateur d'Exner, ayant « réussi à façonner une méthode d'interprétation qui associe démarche quantitative et abord qualitatif » (Castro, p.95). Son ouvrage éclaire et s'appuie sur les « deux principales méthodes enseignées en France : celle de l'école française (Nina Rausch de Traubenberg et Catherine Chabert) et celle du système intégré (John Exner pour les États-Unis et Anne Andronikof en France) » (Castro, p.96).

Une écoute attentive et une lecture approfondie après retranscription ont été réalisées, afin de s'imprégner de la singularité de la dynamique psychique du sujet. Cette approche a contribué à un éclairage au cas par cas des données quantitatives consignées dans le psychogramme. Nous avons réalisé une analyse successive des données, rendant compte des thématiques et des persévérances, mais également des associations symboliques, qui peuvent se retrouver d'une planche à une autre.

L'interprétation est en fonction de l'objectif visé (Castro, 2016). Dans notre recherche, l'utilisation du Rorschach a pour visée d'appuyer certains aspects repérés dans les entretiens de recherche. Notre interprétation est donc empreinte de ce précédent matériel sans y être réduite. Une articulation des données des entretiens et du Rorschach est proposée en ce sens. Rappelons que nous cherchons à appréhender la résistance inconsciente qui se jouerait dans la relation médecin-patient en tant qu'elle serait intriquée à l'image de soi, celle qui s'est construite au travers de la relation mère-enfant.

Concernant les éléments manifestes des planches, nous avons donc été particulièrement attentive à la dimension structurale selon les indications qu'en donne Chabert (1998) :

- Les planches unilatérales et compactes (I, IV, V, VI, IX) mobilisent particulièrement les assises identitaires. Elles mettent en perspective la relation narcissique au monde, la question des limites, une différenciation sujet-objet.
- Les planches bilatérales (II, III, VII, VIII) sont intéressantes car elles sollicitent les représentations de relations. Les planches en creux (I, II, VII et IX) renseignent sur les mouvements identificatoires féminins/maternels et les planches fermées (IV et VI) sur l'intégration de la dimension phallique. Au niveau de la sensorialité, la réaction à la couleur rouge nous informe quant aux possibilités de mobiliser des mouvements agressifs, qui est de bon augure dans la capacité à se séparer de l'objet.

Concernant les éléments latents, nous avons réfléchi aux processus identificatoires (féminin/phallique), à la qualité de l'image de soi et à l'angoisse de castration, permettant le repérage des conflits infantiles du sujet lorsqu'il est pris dans le transfert imaginaire. Ce repérage est important car le transfert imaginaire est le transfert qui s'installe entre un médecin et son patient. Ce qui se joue sur la scène inconsciente du colloque médical réactive le rapport du sujet à l'Autre sur le plan scopique, celui du Stade du miroir, et par contingence, un ensemble de revendications singulières. Et, nous rappelons que c'est cette configuration particulière qui favorise une résistance sur le plan psychique.

2.3. Interprétation et position du chercheur dans l'analyse

Dans la phase d'analyse, le chercheur est en position sémiologique par rapport au discours du sujet, c'est-à-dire qu'il est dans la recherche de la compréhension du sens de ce discours. Même dans le champ de la recherche, l'inférence est indétachable de l'inconscient du chercheur qui est inévitablement mis à l'épreuve, et le déchiffrement structurel du discours passe par les compétences et les savoirs du chercheur (Bardin, 2013).

Concernant le Rorschach, Castro (2016) explique que l'interprétation consiste à « élaborer des stratégies permettant de choisir les données Rorschach utiles à la compréhension du cas et d'opérer des regroupements de facteurs susceptibles de répondre à des questionnements cliniques spécifiques » (Castro, p.106). La pertinence du Rorschach repose sur cette complémentarité aux entretiens de recherche qu'il introduit par une interprétation du matériel fantasmatique du sujet. Il renseigne essentiellement sur des éléments précis et importants pour notre recherche que nous avons longuement élaborés et réfléchis pour les intégrer de la manière la plus significative possible. C'est ce que nous développons dans la partie - *Opérationnalisation de la recherche*.

Dans l'entretien de recherche, il s'agit de repérer et de déchiffrer la structuration spécifique et la dynamique personnelle d'un sujet. Ce travail d'archéologue (Bardin, 2013), qu'implique l'analyse du discours, requière une écoute active pour déceler ce qui fait trace signifiante pour un sujet, pour entendre l'équivoque des mots et du sens de ce qui est énoncé. Le discours est un matériel dynamique, formé de processus, de tissages, d'une succession de transformations. De plus, d'être soumis à un cadre (le thème proposé) et à la liberté de produire un récit spontané, l'élaboration du sujet est prise - et dans la construction d'un discours et dans l'émergence de l'inconscient (Bardin, p.228). Un discours aurait une spécificité par rapport au cadre dans lequel il se déploie et qui est exclusif à ce cadre. En ce sens, Bardin (2013, p.224) suppose que la présence du chercheur, d'un Tiers, implique que le récit énoncé prenne valeur de discours pour deux raisons principales : d'une part, la parole subit l'exigence de la logique socialisée et, d'autre part, la production du récit, même si elle est spontanée, est délimitée par le cadre de la recherche et le thème proposé. De plus, le discours, dans sa double valence de soumission à une logique socialisée et des émergences inconscientes, est une formidable source d'analyse quant aux résistances du sujet.

La tâche du chercheur est de mettre en lumière cette trame du signifiant-signifié pour libérer la parole vraie du sujet, sa position exacte dans l'ordre symbolique. Ce n'est pas le placage d'un savoir théorique, mais plus une position d'empathie, selon la définition qu'en donne Rogers. Cette capacité d'immersion dans le monde subjectif de l'autre permet la lecture de la parole de l'intérieur. L'énonciation s'opère sur la logique intrinsèque de la structure du discours. En ce sens, nous supposons qu'un chercheur d'obédience psychanalytique a des compétences avérées pour déchiffrer la logique inconsciente. Comprendre le sens du discours de l'inconscient implique une place *Autre*, une position d'extériorité. C'est d'ailleurs celle du *discours analytique*. La fonction de l'analyste est une condition favorable pour comprendre le sens du discours qui s'énonce. « Ce sens donc ne peut lui provenir que du dehors, que de ce dehors qu'est pour lui un autre discours, le discours qui constitue son envers et qui par là même est susceptible de l'interpréter » (Askofaré & al., 2009, p.274).

Néanmoins, la pratique thérapeutique n'est pas la recherche. Si l'analyste ne doit pas faire de la recherche lorsqu'il est avec un patient, que fait un analyste lorsqu'il fait de la recherche se demandent De Battista & Askofaré (2015, p.155) : « se sert-il de son inconscient comme instrument de recherche ? Fait-il confiance au domaine de l'inconscient dans l'élaboration de la trame ? Se pose ici la question : de quelle notion d'inconscient nous servons-nous ? ».

Les auteurs suggèrent une nouvelle forme d'objectivité de *l'analyste-chercheur*, qui, en raison de sa traversée de l'expérience analytique, peut et doit faire une critique de sa subjectivité dans le savoir qu'il produit. Cela s'apparente à l'analyse du contre-transfert. Loin d'être un biais ou un frein à la validité scientifique, il participe à sa fécondité. Le passage entre le sens des énoncés et leur signification (Castillo, 2021) considère ainsi les compétences du chercheur dans laquelle nous nous reconnaissons de par notre formation en psychanalyse. Effectivement, « un analyste ne peut pas se dépouiller de sa formation pour faire de la recherche. Cette formation a alors une influence dans la recherche menée par ledit analyste et permet d'y introduire une réflexion sur l'incidence de l'inconscient » (De Battista & Askofaré, p.164). Cette sensibilité à la subjectivité, au contre-transfert et à la conscience que nous en avons, sont autant d'éléments mis au travail et exploités, car « la psychanalyse ne forclos pas la dimension subjective de sa démarche de recherche et peut considérer le rôle du désir du chercheur dans ses découvertes » (De Battista & Askofaré, p.164), alors qu'en demeurant inconscients, ils auraient eu des effets non analysés et non intégrés dans la recherche.

3. Opérationnalisation de la recherche

L'opérationnalisation du cadre théorique est une étape incontournable de la recherche. Elle est réalisée à partir des hypothèses de recherche qui permettent de construire un modèle d'analyse, consistant en une « construction des concepts / choix des dimensions / des indicateurs » (Lavarde, 2008, p.152).

La résistance psychique émerge d'un transfert « imaginaire », c'est-à-dire, un transfert qui repose sur les enjeux spéculaires et narcissiques. Ce sont ces derniers qui s'articulent dans la relation transférentielle et infléchiraient l'issue thérapeutique de la prise en charge. Pour pouvoir parler de résistance au sens psychique, en tant que phénomène inconscient, participant à la résistance thérapeutique, nous avons déterminé certains indicateurs qui vont nous permettre de « "suspecter" son expression dans la réalité » (Lavarde, 2008, p.156). C'est la phase d'opérationnalisation des concepts théoriques en faits observables. Ceux-ci sont issus de l'analyse du discours conscient et du discours inconscient, soit l'énoncé et l'énonciation, comme ils sont définis en psychanalyse et que nous avons déplié en amont.

Pour déterminer ces indicateurs, nous nous appuyons sur les processus inconscients, qui favorisent la cristallisation du transfert sur le plan narcissique, c'est-à-dire un transfert qui réactive les enjeux inconscients issus du Stade du miroir.

3.1. Opérationnalisation de la méthode d'analyse

L'opérationnalisation, qui est une « procédure qui consiste à faire correspondre une notion (abstraite : le concept) à un indicateur est incontournable en recherche » (Lavarde, 2008, p.161). L'objectif est de donner un cadrage à l'analyse des données empiriques. Nous sommes ainsi parvenue à opérationnaliser notre méthode d'analyse, et d'interprétation des données de l'entretien de recherche et du test de Rorschach, au regard de notre hypothèse de recherche, en mettant en évidence des indicateurs précis pour les deux outils.

Notre hypothèse générale a été formulée à partir des données de la littérature scientifique et suppose, dans la résistance psychique, une relation entre deux phénomènes ou variables : la relation mère-enfant et la relation médecin-patient. Et, selon notre hypothèse, le sujet réactualise le rapport à son image, car la structure de la relation thérapeutique se prête à la manifestation d'enjeux transférentiels, qui n'impliqueraient que l'axe imaginaire, c'est-à-dire ce qui fait obstacle, ce qui fait résistance.

Ceci est expliqué tout particulièrement par la fonction du regard. En effet, le regard surmoïque (idéal du moi) donne sa place au sujet devant le miroir (moi idéal). Il est le déterminant principal du Stade du miroir. Le regard remplit ou non sa fonction symbolique de reconnaissance. Par l'intermédiaire du transfert, le regard que le médecin porte sur son patient, son corps et sa douleur serait un gage de reconnaissance de la douleur mais également de sa condition de malade (son existence en tant que malade et en tant que sujet en souffrance). Il pourrait ainsi attester, affirmer, reconnaître, ou, au contraire, répudier, renier, rejeter, non pas la maladie, mais la parole d'un sujet en souffrance. Le médecin est prescripteur de sa parole par la place qu'il tient dans le colloque médical, et la position d'autorité qu'il incarne. Ainsi, le regard surmoïque du médecin se réactualise dans un dispositif médical.

Dès lors, des effets de transfert pourraient expliquer la survenue d'une résistance inconsciente et celle-ci peut mettre en échec l'adhésion du sujet à sa prise en charge. Ainsi, analyser les résistances du sujet revient à analyser son système moiïque (moi, moi idéal, idéal du moi), lui-même fruits des identifications, modelant progressivement l'image de soi, qui se donne à voir dans le transfert imaginaire.

3.2. Les indicateurs observables

Opérationnalisation de l'hypothèse de recherche :

Le transfert « imaginaire », selon la définition lacanienne, qui se déploie dans le colloque médical favoriserait la réactivation de la conflictualité qui se joue au moment des identifications, à la sortie du Stade du miroir, car le dispositif médical implique la mise en jeu du regard dans sa fonction de reconnaissance, celle qui permet au sujet de se positionner face au désir de l'Autre (être ou ne pas être le phallus). Nous supposons que la qualité de la constitution de l'image spéculaire et la castration scopique joueraient alors un rôle dans la réception du discours et des informations médicales.

Concernant les données de l'**entretien de recherche**, c'est donc à travers l'énoncé du discours commun et la fonction de $i(a)$, que nous allons le saisir. Il s'agit alors de repérer :

- (a) – Quelle (s) image (s) se donnent à voir et à entendre dans le discours.
- (b) – Quelle est la demande consciente du sujet.

Parallèlement, grâce à l'analyse de l'énonciation, nous allons pouvoir approcher la position du sujet devant le phallus et la structure de son discours. Il s'agit alors de repérer :

- (c) – La place du savoir et la position du sujet par rapport au savoir.
- (d) – La fonction du regard et la position du sujet par rapport au regard.
- (e) – Quelle demande inconsciente se formule dans le discours.

Concernant les données du **Rorschach**, notre méthode d'analyse consiste en un éclairage, d'une part, - des mécanismes défensifs et des résistances, à l'aide du psychogramme, et une lecture qualitative de ces données quantitatives (1), - et d'autre part, un repérage des problématiques identificatoires, décliné selon trois axes (2).

(1) La mise en jeu du système défensif et les indices d'une résistance psychique : une analyse des éléments quantitatifs à l'aide du psychogramme et des éléments qualitatifs

En raison du manque de souplesse dans les investissements libidinaux et la cristallisation sur la représentation de l'endroit lésé dans le corps, la problématique de la douleur chronique est fondamentalement intriquée avec une immaturité du fonctionnement psychique, dans le sens où le conflit psychique concerne une conflictualité précœdipienne. La désintrinsication pulsionnelle entraîne le primat de la pulsion de mort dans les processus psychiques, ce qui engendre des modes de résistances particulièrement rigides. C'est pour appréhender la qualité économique de l'appareil psychique et son système défensif que nous faisons appel au Rorschach.

Le mode d'appréhension du matériel renseigne d'emblée sur le caractère adaptatif ou défensif du sujet devant la particularité du matériel (Rausch De Traubenberg, 1970). La forte mobilisation de mécanismes de défense tels que l'évitement, le déni, l'inhibition, est traduite par des protocoles courts, pauvres et défensifs (Castro, 2016).

Ensuite, au niveau des réponses produites, un certains nombres d'indicateurs peuvent nous éclairer sur le mode de fonctionnement défensif ou le caractère résistant du sujet.

Dans un premier temps, Castro (2016, p.218) explique que « les facteurs de résistance désignent l'ensemble des forces psychologiques qui s'opposent aux progrès de la connaissance de soi ». En ce sens, une pauvreté des réponses données, en deçà de 15 réponses, éclaire ce manque de désir de savoir sur soi.

De plus, les Dbl ou détails blancs sont délimités en fonction du stimulus et sont un indicateur de la force de la résistance (Rausch De Traubenberg, 1970). La prévalence des détails fait référence à l'attitude d'opposition globale du sujet (Chabert, 1983 ; Castro, 2016).

Le contrôle exprimé par un F % ; un F + % et un G % élevé et/ou par une attitude descriptive focalisée sur des contours rend compte d'une formalisation excessive (Castro, 2016), indiquant qu'une résistance au matériel est présente.

L'absence d'intégration de la sensorialité primitive et donc difficulté à se laisser aller vers des positions régressives (absence de réponses estompées de texture) est retrouvée dans des protocoles de sujet résistants (Castro, 2016). Les kinesthésies, quant à elles, indiquent le niveau d'élaboration et la qualité de la mentalisation ainsi que la richesse de la projection et des capacités créatives (Chabert, 1983 ; Castro, 2016). Celles-ci sont attendues comme peu représentatives des protocoles de sujets hautement défensifs.

Nous pensons donc trouver une réaction d'opposition au matériel, repérable par une pauvreté des réponses, une prévalence des réponses G ou F, peu de recours aux kinesthésies, une centration sur les lacunes ou encore une surreprésentation des détails. Tous ces éléments pourraient indiquer de fortes résistances aux sollicitations inconscientes que le matériel suscite.

Concernant les sollicitations inconscientes que les planches suscitent, nous faisons des hypothèses quant aux mouvements psychiques que nous pensons repérer, toujours en rapport avec la qualité du narcissisme, les capacités adaptatives ou défensives, ainsi que le caractère résistant du sujet.

Nous nous intéressons à la planche I car elle est propice à solliciter des mouvements du côté des relations précoces avec le premier objet et à témoigner des capacités adaptatives, en rapport avec la première confrontation au matériel.

La planche V convoque spécifiquement la représentation de soi (Neau, 2014) et sollicite les deux versants de la dimension narcissique : mésestime de soi ou affirmation mégalomaniaque de toute-puissance, ou quête de gratifications narcissiques. Chabert (1983) précise que cette planche propose deux approches : l'une, banale, concrète et réaliste, l'autre, fantasmatique et effrayante, et détermine la capacité du moi à être Maître des pulsions internes.

De façon globale, un excès de mécanismes défensifs de type immatures (Chabrol, 2005) traduit de hauts niveaux de résistance entravant la production de matériel authentique. Il est également intéressant d'identifier les planches où se manifeste la résistance pour comprendre ce que les contenus latents mobilisent de la dimension symbolique de la planche et des éventuels conflits qui en découlent.

(2) Problématiques identificatoires : de la position passive à l'angoisse de castration

Au Stade du miroir, l'enjeu pour le sujet consiste à choisir d'incarner le phallus ou s'en dépendre. En ce sens, le sujet présenterait une certaine passivité dans l'appréhension globale du matériel voire une conflictualité par rapport à la position passive. Par ailleurs, au Rorschach on considère l'angoisse de castration Œdipienne mais également préœdipienne. Ainsi, l'angoisse de castration est articulée au narcissisme : « l'enfant considère le phallus comme une partie essentielle dans la représentation qu'il a de lui-même, la menace qui le concerne met en danger cette représentation » (Chabert, 1997, p.211). Par conséquent, l'angoisse serait dépendante du renoncement à être le phallus et émerge devant l'impossibilité de savoir ce que le sujet représente pour le désir de l'Autre. Dans ce cas, demeurer dans une position passive revient à incarner le phallus et donc à se préserver de l'angoisse. L'angoisse peut aussi se manifester lors du retrait vers une position passive/féminine, spécifiquement si cette place dans le désir de la mère est insoutenable.

Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, notre analyse repose sur deux grandes thématiques, que nous avons élaborées à partir des repères que nous offre le test du Rorschach et qui sont en rapport avec l'hypothèse de recherche mise au travail.

Problématique identificatoire et image de soi

Une prédominance des G simples peut traduire un manque d'implication du sujet durant la passation. Ceci témoignerait d'une attitude défensive à l'égard de ses propres mouvements psychiques, comme l'explique Chabert (1997, p.86) : « l'absence de curiosité face à l'objet externe que constitue le matériel peut aller de pair avec une absence de curiosité pour la réalité interne du sujet » (Chabert, 1997, p.86).

Nous supposons que lorsque le sujet se dépend à être le phallus, comme instrument du désir maternel, nous sommes dans la configuration où l'image offrirait au sujet la possibilité de se représenter la forme de son corps. S'il ne peut s'en dépendre et incarne le phallus, l'objet (a) ne pourrait pas remplir sa fonction de trouer le réel pour permettre à l'image de donner forme au corps propre et pourrait produire des réponses d'allure figées, statiques (peu de kinesthésies) ou des références au corps sans enrobage fantasmatique, voire des références au contenu manifeste ou à l'axe symétrique, seul repérage de l'image corporelle.

Une conflictualité au niveau de la position passive se repère dans l'analyse des contenus, l'appréhension des mouvements à valeur sexuelle, agressive ou régressive ou encore par la persévérance des thèmes, pouvant jouer un rôle de contre-investissement de ces mêmes mouvements psychiques. Nous sommes attentive aux données quantitatives des contenus spécifiques (humain, animaux) et aux aspects qualitatifs des contenus non spécifiques, car l'indifférence dans la relation à autrui : $H < \text{norme}$ ($N = 16\%$ - écart-type : 10%) et un $A\%$ très élevé ($N = 44\%$ - écart-type : 16%) « peut faire état d'une carapace sociale érigée comme défense majeure », peut révéler des personnalités en faux-self ou une adaptation superficielle (Chabert, 1997, p.190). Nous traduisons ce faux-self comme une problématique de l'image de soi. Ramené à la fonction défensive de l'image narcissique, nous supposons qu'elle peut prendre deux trajectoires : si les indices sont significatifs alors l'image de soi provoque une méconnaissance du sujet sur lui-même, alors que dans le cas contraire, la fragilité de l'image de soi indique le ratage de sa fonction défensive. Nous nous attendons alors à un indice d'angoisse élevé.

Ensuite, les planches bilatérales II, III, VII, nous intéressent, car elles favorisent la représentation de soi et de l'autre dans sa modalité spéculaire, et les identifications (Chabert, 1983). Les processus d'identification sexuelle exigent la confrontation à la différence.

Les planches II et III sont particulièrement intéressantes, car elles revêtent un caractère bisexuel et encouragent des prises de positions identificatoires sur le plan masculin/féminin. Afin d'opérer un choix, le sujet doit être en capacité de repérer de cette différence.

Nous cherchons également à repérer des difficultés identificatoires phalliques, du côté de l'imago maternelle.

La planche II mobilise des contenus très diversifiés et peut être éclairante par rapport à la conflictualité inconsciente du sujet, suivant qu'il soit mobilisé par la béance intermédiaire, par la mise en relation, par l'apparition et l'intégration de la couleur rouge, et donc de mouvements libidinaux ou agressifs, ou encore par les aspérités phalliques.

Dans un registre identificatoire, la planche III met à l'épreuve le sujet devant le choix identificatoire qui s'impose à lui dans les aspérités et les appendices de la tache (Chabert, 1983). D'après l'étude de De Tychey, Huckel, Rivat et Claudon (2012), la planche III représente la planche maternelle pour les sujets féminins.

Selon Emmanuelli et Boeckhoelt (1995) et De Tychey, Huckel, Rivat et Claudon (2012), la planche VII mobilise davantage l'identification féminine. Elle sollicite les modes de relations à l'image maternelle (relations symbiotiques, fusionnelles ou conflictuelles). Elle permet au sujet de se situer par rapport au féminin, au rapport de soumission, au masochisme. Elle permet également de repérer la qualité de l'intrication pulsionnelle. La pauvreté des K ou l'absence, spécifiquement à cette planche, suppose alors des difficultés identificatoires précœdipiennes et donnent des indices quant au niveau de structuration du désir sur le plan scopique (être ou ne pas être l'objet désiré).

Les planches pastel peuvent mettre en évidence des difficultés de régression à la position passive et des problématiques corporelles, en lien avec une instabilité de l'image de soi.

La planche VIII est la première confrontation à la sensorialité, réveillée par les couleurs de la planche et révèle les capacités d'intégration de cette dimension sensorielle et régressives. Elle est particulièrement intéressante car elle se prête à des préoccupations corporelles et peut donc mobiliser des références anatomiques viscérales ou osseuses (Chabert, 1983).

La planche IX favorise les références maternelles au niveau des interactions précoces et la possibilité de la régression. Elle renvoie donc à une symbolique maternelle précœdipienne, qui peut être analysée sur le plan des mouvements identificatoires féminins (Chabert, 1983).

La planche X, dans sa référence au réel, solliciterait le rapport du sujet à la jouissance et à la langue maternelle, soit les signifiants réels, sans capitonnages. Elle renseigne aussi sur les possibilités d'unification de l'image du corps et la représentation de soi (De Tychey, Huckel, Rivat et Claudon, 2012).

Aux planches VIII et X, nous pouvons nous attendre à des représentations crues, au plus près du réel (organes, squelette). En ce sens, l'image de soi ne fonctionnerait pas comme possibilité de satisfaction à la pulsion scopique. Elle ne renverrait pas à une image de soi désirable.

Angoisse de castration et imago maternelle phallique

La planche II est analysée selon son degré d'angoisse. Elle est intéressante en regard de l'angoisse qui peut émerger face au choix identificatoire.

Les planches IV et VI, considérées comme phalliques, nous intéressent pour repérer la conflictualité en rapport avec la castration. « Les informations fournies sont précieuses quand elles marquent la reconnaissance claire de la différence des sexes par l'apparition de contenus symboliques qui témoignent de la sensibilité aux caractéristiques masculines et féminines du matériel » (Chabert, 1997, p.195).

Les planches phalliques révèlent les contenus à valeurs agressives, qui sont un indice quant aux possibilités de s'identifier sur le plan masculin. La dimension phallique peut tout aussi bien s'incarner dans une imago maternelle prégénitale, qui peut se manifester à la planche IV. Ces contenus à valeur agressive sont également un indice du niveau de structuration du désir, car les motions agressives favorisent la séparation d'avec l'objet maternel (Castro, 2016).

Dans le champ scopique, le désir prend la forme du fantasme (Lacan, 1963) et le sujet ne peut rien saisir de l'objet (a) sauf dans son fantasme, dans lequel il prend la forme du regard. Ceci signifie que dans le fantasme, le sujet peut saisir ce qu'il représente dans le désir de l'Autre. Pheulpin, Bruguière, Noir et Benfredj (2017) ont constaté que le regard prenait une place particulière dans les tests projectifs. « Le regard traverse avec force et paradoxes la situation projective » (p.142). La dimension imaginaire est profondément ancrée dans la configuration d'un test projectif, où le regard porté sur soi s'articule au système perceptif, mobilisé par l'outil. Il est contingent à la fonction du miroir, donc à une fonction spéculaire. En ce sens, les auteurs font un parallèle entre la situation projective et la situation analytique, car les regards du chercheur et du sujet ne se croisent quasiment pas durant la passation ; le regard du sujet étant accaparé par le l'objet tiers que représente le matériel. « Cette nouvelle configuration d'une adresse, quasiment sans échange de regards, pourrait se rapprocher du cadre analytique. Cependant, la présence d'un objet tiers qui attire la pulsion scopique l'en différencie fondamentalement » (Pheulpin, Bruguière, Noir et Benfredj, p.145). Le matériel projectif prive, en grande partie, le sujet du soutien narcissique du regard, il a donc à le chercher ailleurs. Des difficultés à s'émanciper du regard du chercheur est un indice de sa capacité à supporter le manque (de regard) et donc d'une angoisse de castration latente.

De plus, l'aspect non figuratif du test et la consigne, qui est de dire ce que les planches représentent, laissent à penser que le sujet va devoir puiser dans ses représentations internes pour élaborer une réponse. En ce sens, un protocole dont le F%, de bonne qualité formelle et quantitativement représentatif, qui prévaut sur les réponses K%, suppose que le regard est davantage mobilisé par le percept et préfigure une aliénation à l'image de soi au détriment de la dimension imaginaire, le monde interne. Ceci préfigure des difficultés à se représenter comme objet de désir pour le regard d'un Autre.

L'angoisse de castration peut être masquée par un refus de savoir. Le désir de savoir est articulé à la fonction du regard en tant que pulsion de voir, comme le théorise Freud.

Nous serons également attentive aux représentations à tonalité persécutrice aux planches I, IV, VII et IX, qui renvoient à l'imgo maternelle.

Enfin, l'angoisse peut être analysée au travers de la triade de contenus Hd/Anat/Sang, indice d'angoisse majeure selon Chabert. Elle serait en lien avec la fragilité de l'enveloppe et de l'intérieur du corps. D'après l'étude de De Tychev, Huckel, Rivat et Claudon (2012), l'indicateur d'angoisse IA% ($Hd+Anat+Sex+Sang \times 100/R$) est normé à 13,3% avec un écart-type de 8,85%.

4. Cadre et éthique de la rencontre

L'ensemble des documents relatifs à l'éthique de notre recherche est disponible dans les annexes du présent manuscrit. Vous y trouverez :

- L'accréditation du CER
- La lettre d'information
- La lettre de consentement
- L'autorisation d'enregistrement

4.1. Préambule à la rencontre et prise de contact

Avant de démarrer nos entretiens, nous avons obtenu de la part du Comité d'Ethique et de la Recherche, un numéro d'accréditation pour notre recherche (Unistra/CER/2021-8) qui nous a autorisé à réaliser nos entretiens, selon les modalités décrites dans notre manuscrit.

Pour la recherche de nos participantes, nous nous sommes rapprochée de médecins généralistes, par le biais d'une annonce écrite par mail, personnellement adressée, indiquant avec précision les critères à remplir pour le choix de nos participantes. Après l'envoi du mail expliquant notre recherche, nous avons rencontré ces médecins pour en discuter de vive voix ; le contact en face à face favorisant largement la compréhension de notre sujet, la mise en confiance de la collaboration et l'adhésion à notre recherche. Notre rencontre a été appuyée par une note d'information claire, contenant le thème de recherche, les critères d'inclusion et d'exclusion, les modalités de rencontre, de passation et de restitution des données. D'un point de vue humain, cette rencontre s'est très bien déroulée. Elle nous a paru favorable à instaurer un contact professionnel avec chacun d'entre eux, afin de faciliter nos démarches.

Parallèlement, nous avons contacté de la même façon, le centre de la douleur, dans lequel nous avons réalisé notre stage de Master 2. Notre choix de nous tourner vers un centre spécialisé était pour nous la garantie de rencontrer des participantes, dont la prise en charge est la plus efficiente possible, *à priori*, puisqu'elle doit répondre à certains critères définis par la HAS (politique de prise en charge, analyse des besoins et des risques, validés et révisés annuellement, objectifs d'amélioration précis et mesurables).

Nous avons rencontré à cet effet le chef de service qui a été réceptif à notre demande et a permis la diffusion, dans la salle d'attente, d'un message dédié à la recherche de nos participantes, indiquant l'ensemble des éléments de compréhension de celle-ci.

Malheureusement, ces deux démarches ont été infructueuses. Nous nous sommes interrogées sur ces difficultés à trouver des participantes par les réseaux que nous avons mis en place, bien que nos échanges avec les différents prescripteurs se sont avérés bienveillants et mobilisateurs, augurant de possibilités concrètes de trouver notre échantillon. Ces médecins auraient-ils pu craindre des propos que leurs patients auraient pu tenir à leur égard ? Nous ne saurons jamais les tenants-et-aboutissants de cet échec.

Afin de rebondir, nous avons décidé de passer par un réseau social, puisqu'il est devenu le moyen de communication contemporain privilégié pour entrer en contact avec d'autres personnes. Bien sûr, il fallait faire preuve d'une grande vigilance quant au message que nous allions publier et à ce que nous allions dire de notre recherche. De plus, dans ce cas, au lieu de déléguer au médecin le soin de nous présenter des patients répondant aux prérequis de la recherche, nous nous sommes chargée de cette pré-sélection, à l'aide de différentes questions que nous avons adressées directement aux femmes qui se sont manifestées pour participer à notre recherche, telles que : l'âge, la nature de la pathologie diagnostiquée, la comorbidité, la durée du suivi et les traitements mis en place, selon les modalités prévues et mentionnées en amont.

Nous avons opté, d'une part, pour la publication d'un message de recherche de participantes, sur notre page personnelle de ce réseau social. Par ce biais, nous avons rencontré Miranda et Calypso. Voici ce qu'il contenait :

« Je réalise actuellement une recherche pour l'obtention de mon doctorat de psychologie. Je recherche des femmes entre 25 et 60 ans, atteintes de douleurs chroniques, telles que la fibromyalgie, le syndrome de l'intestin irritable, l'algodystrophie, les algies vasculaires, les céphalées chroniques, sans lésions directement visibles par les imageries médicales. Ces femmes doivent nécessairement être en situation de résistance thérapeutique, c'est-à-dire être touchée par une douleur chronique diagnostiquée, devant nécessairement présenter une absence de soulagement malgré la prise en charge médicale. Si vous vous sentez concernée ou si vous connaissez quelqu'un, et que vous habitez en Alsace, écrivez-moi. Je vous remercie vivement pour votre aide ».

D'autre part, nous avons publiée la même annonce sur ce même réseau social, mais directement sur des pages web de groupes spécifiques, que nous avons trouvés, en effectuant une recherche sémantique autour des termes « douleurs » ; « douleurs chroniques » et « fibromyalgie ». Plusieurs groupes ont émergé de cette recherche.

Nous avons alors choisi les deux groupes suivants : un groupe pour sa représentativité en termes de membres, à savoir *Fibrosolidaires* (4200 de personnes) et un groupe en Alsace, pour faciliter les rencontres, à savoir *Asso Fibromyalgie Maladie Incomprise - Alsace* (268 membres). Nos six autres participantes sont issues du second groupe, en sachant que certaines sont également membres du premier.

La particularité du contexte dans lequel ont été recrutées ces femmes nous questionne quant à leur besoin d'identification, d'appartenance et d'écoute. A titre d'exemple, elles participent à des *Fibrocafés*, organisés tour à tour par des membres de ces groupes, qui sont des moments pour partager et parler de ce qu'elles endurent, mais également pour décharger ce qui fait violence pour elle dans leurs différents parcours de soin, selon les propos de ces femmes. En effet, Charoud (2017) soulève que les associations de patients sont un lieu de développement du *savoir patient*. Bien qu'ils encouragent le partage et le soutien, ces lieux de savoirs subjectifs sont des lieux clos, qui participent aussi à l'exil et à l'entre soi. C'est ce que nous entrevoyons dans notre recherche.

Les femmes rencontrées sont toutes inscrites sur des forums pour cette dimension d'entraide, de soutien, d'espace de parole qu'ils offrent. Elles participent à des *Fibrocafés*, organisés tour à tour par des membres de ces groupes, et y trouvent un lieu et un cadre pour parler de ce qu'elles endurent mais également pour décharger ce qui fait violence pour elle dans leurs différents parcours de soin (Ophélie, 2021). Nous repérons que ces groupes sont potentiellement problématiques. Ils alimenteraient une résistance commune au discours médical, ce que nous avons éprouvé lors de notre prise de contact. Nous avons été confrontée à des paroles très défensives, qui dénonçaient le fait que des psychologues s'intéressent à la fibromyalgie, arguant que, comme les médecins, nous ne les croyons pas, ou que nous les prenons pour des simulateurs ou encore des « fous ».

L'adhésion à un groupe de la sorte aurait donc des effets que nous tentons également de repérer dans le discours afin de les intégrer dans la recherche.

4.2. Rencontre et déroulé

Nous avons réfléchi à plusieurs possibilités concernant le lieu de la passation de nos protocoles de recherche. Il a été convenu que nous privilégions préférentiellement un bureau situé à la plateforme de recherche de la faculté de psychologie – 12 rue Goethe à 67000 Strasbourg. Pour des raisons d’adaptabilité et de disponibilité de certaines participantes qui auraient pu être trouvées par le biais des médecins de la maison de santé que nous avons démarchée, nous avons également envisagé le lieu de travail du chercheur, à son cabinet libéral, au 59 rue Principale à 67360 Langensoultzbach. Enfin, nous avons pensé nous rendre au domicile des participantes ; certaines étant dans l’incapacité de se déplacer.

L’absence de sollicitations extérieures a été demandée et respectée dans le cadre de cette recherche peu importe le lieu de la passation. Il nous a paru prioritaire que le lieu permette à la personne interrogée de se sentir à l’aise et en confiance.

En conformité avec les recommandations du CER, toutes les mesures éthiques ont été respectées : consentement, anonymat des personnes (non-transmission d’information non nécessaire à l’identification de la personne) et possibilité pour les participantes d’avoir un retour sur l’exploitation des données et des résultats.

Nous nous sommes assurée de la traçabilité des consentements recueillis et de leur archivage (plateforme de recherche du laboratoire), ainsi que de la sauvegarde des données enregistrées (plateforme sécurisée de l’université de Strasbourg SEAFILE)

Avant chaque entretien, nous avons veillé à ne pas être dérangé, à rappeler les règles de confidentialité et d’anonymat, et à recueillir le libre consentement de la personne impliquée. La lettre d’information (annexe 1), le formulaire de consentement (annexe 2) et l’autorisation d’enregistrement (annexe 3) ont donc été remis à chacune des participantes, en deux exemplaires à signer par les deux parties. Nous avons aussi énoncé la possibilité de ne pas répondre à certaines questions ainsi que la possibilité de se désengager de la recherche à n’importe quel moment. Dans le cas échéant, nous avons décidé que nous ne poursuivrions pas. Ce qui n’est pas arrivé.

Notre protocole de recherche s'est déroulé en deux temps et sur une même rencontre : le temps de l'entretien de recherche, qui a duré en moyenne entre 45 mn et 1h15 et le temps de la passation de l'épreuve projective aux environs de 15 à 40 mn.

Nous avons utilisé un dictaphone pour l'enregistrement des entretiens et du protocole du Rorschach, qui est un incontournable de la recherche en psychologie clinique, si l'on souhaite pouvoir analyser de façon qualitative et approfondie le matériel énoncé. En effet, l'enregistrement favorise l'écoute active du sujet, car l'attention n'est pas portée à relever les informations et à les noter, mais elle est entièrement centrée sur la personne. De plus, l'enregistrement permet la retranscription fiable des propos des sujets. Nous avons réalisé chaque retranscription avec une attention toute particulière à respecter fidèlement les mots employés par nos participantes et à relever également la prosodie, les onomatopées, les émergences d'affects et les silences. Ils ont fait partie intégrante de notre analyse. Nous n'avons inséré aucune ponctuation, afin de pouvoir repérer les associations narratives sans présupposés.

Chaque entretien a été réalisé entre début mai et fin juin 2021. Nous avons fait le choix de faire l'ensemble des passations avant toute retranscription, afin de ne pas induire de biais dans la recherche et respecter les principes éthiques de la recherche. Retranscrire au fur et à mesure des passations risquait de porter notre attention sur certains propos, certaines données, qui auraient pu influencer l'écoute des autres entretiens que nous allions faire passer. Nous souhaitions demeurer la plus neutre possible et au plus près du sujet, de sa parole et du transfert se déployant au sein de chaque rencontre.

Pour anonymiser les participantes, nous avons utilisé les noms de Satellites des planètes géantes de notre système solaire que sont Jupiter, Saturne et Uranus, car l'astronomie, avant la psychanalyse, est une de nos passions. Le choix des noms des satellites s'est opéré tout d'abord par la consonnance. L'attribution s'est ainsi faite selon notre propre inspiration, nous laissant guider par notre transfert aux participantes, ce que nous avons ressenti et observé de leur comportement, leur attitude, et comment nous avons été prise dans la relation.

- Lysithéa (entretien 2), Amalthée (entretien 7) et Sinopé (entretien 8) sont des satellites de Jupiter.
- Anthée (entretien 3), Phoebe (entretien 5) et Calypso (entretien 6) sont des satellites de Saturne.
- Miranda (entretien 1) et Ophélie (entretien 4) sont des satellites d'Uranus.

La rencontre est d'ailleurs un moment crucial lorsque l'on cherche à explorer le vécu et les ressentis subjectifs. C'est aller fouiller dans l'intimité d'un sujet, et ce qu'il est prêt à dire ou à ne pas dire est entièrement dépendant de ce moment suspendu. Le cadre calme et intimiste, que nous avons veillé à garantir, a contribué à créer une atmosphère chaleureuse et un climat de confiance. Toutes les participantes se sont saisies de cette rencontre pour nous partager leur histoire.

C'est à partir cette rencontre, accompagnée d'une réflexion de fond, que nous avons choisi l'échantillon de notre recherche. Sur les huit femmes rencontrées, nous avons retenu pour l'analyse des données, les protocoles de Lysithéa, Ophélie, Calypso, Amalthée et Sinopé, car les trois autres femmes s'éloignaient quelque peu du cadre de la recherche, que nous nous étions fixée. Les raisons sont les suivantes.

Malgré les prérequis qui ont été demandés aux participantes (voir critères de sélection et de non inclusion), nous avons découvert lors de l'entretien que le diagnostic de fibromyalgie de Miranda était un autodiagnostic. Pour en dire quelques mots, Miranda a mis en scène sa douleur, durant tout le déroulé de l'entretien. Son besoin de s'allonger dans son nouveau canapé aux caractéristiques de « relaxation » qu'elle a payé un certain prix nous apprend-elle, et une attitude avachie, les pieds surélevés, bien qu'elle soit indépendante à la marche, nous a beaucoup questionné. Elle montre des signes de douleur dès qu'elle se repositionne. Cette attitude entre en résonance avec l'absence de diagnostic, comme si elle voulait mettre en scène ce qui n'a pas été objectivé sur un plan médical. Le fait qu'elle nous fasse nous déplacer, en sachant que le diagnostic médical (qu'elle n'a pas) était un prérequis pour la recherche, accentue un besoin de faire reconnaître sa douleur sur une autre scène que le milieu médical. Compte tenu de sa position semi-allongée, la passation du Rorschach n'a pas pu se faire à une table, ce qui a rendu l'exercice un peu fastidieux. Nous avons donc décidé de ne pas analyser son entretien.

Anthée n'est pas atteinte de fibromyalgie mais de céphalées chroniques, qui entrent dans nos critères de sélection. Or, la maîtrise très massive de son discours a engendré des résistances à explorer son vécu de la relation parentale. Outre les résistances, une posture de savoir qu'elle désirait asseoir lors de cet entretien a participé à rendre l'échange rigide et sous son contrôle. Malgré qu'elle ait abordé rapidement son enfance et la relation à ses parents : « *mes parents n'ont pas été aimants ni attentionnés ils ne m'ont jamais aimé* », elle a estimé que cet aspect de sa vie n'avait rien à faire dans un entretien sur la douleur : « *ça dévierait de notre situation c'est encore une autre histoire* » ; « *au niveau de l'enfance ... j'ai toujours pas compris pourquoi vous vous y intéressez sur le point de la douleur* ». Nous avons ainsi respecté son refus inconscient de se livrer sur ces aspects de son histoire. Elle nous a fait part d'un diagnostic d'autisme léger, de haut potentiel et d'hyperactivité, qu'elle a mis en scène pendant tout l'entretien, en roulant son corps sur une grosse balle de fitness. Suite à ces différents points, nous avons décidé de ne pas l'intégrer dans notre échantillon.

Enfin, Phoebe est tout au long de l'entretien dans l'autodérision et rie énormément. Alors il est vrai qu'elle a « chaleureisé » la rencontre et le cadre de la recherche, qui s'est déroulé dans un bureau de la faculté. Nous avons le sentiment d'un échange qui se voulait plus affectif de sa part. Il aurait été intéressant d'analyser en profondeur ces attitudes que nous avons plus ressenties comme des mécanismes défensifs. Néanmoins, Phoebe est atteinte d'autres pathologies, comme la rectocolite hémorragique ou l'endométriose, difficiles à intégrer d'un point de vue méthodologique.

5. Effets du transfert et du cadre dans la recherche

La relation transférentielle s'est déployée au sein de ces rencontres singulières, transfert infléchi par notre positionnement dans la recherche (un chercheur qui demande et un sujet qui répond à la demande), le savoir expérientiel qu'elles ont à nous partager et le potentiel savoir qu'elles ont pu nous attribuer en tant que chercheur. Le rapport spécifique à la demande, au savoir et au désir dans le cadre de la recherche, nous a donné des premiers éléments à considérer quant à leur position subjective dans une relation duelle, spéculaire. De plus, l'observation fait également partie intégrante de la recherche et requiert la participation du regard du chercheur, qui a une fonction particulière en psychanalyse. Le regard, comme objet pulsionnel, devient transitif dans l'entretien, entre celui qui est observé et celui qui observe. Que cherche à voir le chercheur ? Que cherche à montrer le participant ? Cette observation passe par la réalité subjective du chercheur qui rapporte des phénomènes pour les décrire, les expliquer et en tirer des conclusions (Fernandez, 2021) et participe donc à l'analyse du transfert.

Le cadre éthique de la recherche provient plus de l'ensemble de la démarche scientifique, que du lieu à proprement parler, même si celui-ci a nécessairement des effets. Ils sont cependant difficilement repérables. Pour ce faire, il aurait fallu un échantillon plus grand pour pouvoir comparer les résultats entre groupes : domicile de la participante, locaux de la faculté et cabinet libéral. Ce changement de lieu constitue une des limites de notre recherche.

Dès la prise de contact, Lysithéa est avenante et demande si nous pouvons nous déplacer à son domicile, n'étant pas véhiculée. Nous avons pris les précautions nécessaires à maintenir un cadre propice à une recherche, à savoir : le calme, l'absence de sollicitations extérieures et un moment où la confidentialité de ses propos serait respectée ; engagements qu'elle a tenus. Elle s'est montrée très coopérative à répondre à l'ensemble de nos questions, et n'a jamais montré d'oppositions ou d'interrogations par rapport à nos questions. De prime abord, sa présentation est plutôt assurée. Elle paraît d'emblée avoir une certaine maîtrise de la situation, de ce qu'elle veut ou ne veut pas. Ce qui va s'avérer tout autre au fil de l'entretien. Sa facilité de socialisation masque en réalité un récit d'une factualité à toute épreuve. L'absence d'affects est présente du début à la fin.

Ses difficultés à verbaliser, le manque de fluidité dans son discours et ses hésitations, indiquent un malaise généralisé, mais en même temps dissimulé. De plus, elle est arrimée à un discours médical sur sa douleur et l'histoire personnelle est abordée comme appartenant à un passé révolu, sans continuité dans sa vie actuelle. Il n'y a aucune mise en lien entre les différents aspects de sa vie. On pourrait penser qu'elle s'est identifiée à notre propre désir d'obtenir des données exploitables pour la recherche, en demeurant dans une forme de protection de ses propres mouvements psychiques. Cela nous a donné des indices quant aux résistances qui semblent s'actualiser dans cet entretien.

La présentation d'Ophélie au moment de la prise de contact est très succincte et protocolaire. Elle évoque l'absence de soulagement de son traitement, « *traitement pendant 2-3 ans en augmentant les doses, mais sans efficacité à la fin* » et les douleurs chroniques qu'elle a depuis 6 ans. Nous lui avons mentionné le cadre de notre recherche et lui avons proposé les trois possibilités pour réaliser le protocole (faculté, cabinet libéral, son domicile). Elle nous répond qu'elle peut se rendre à Strasbourg assez rapidement. Ce choix du lieu nous indiquerait un désir de neutralité, car son domicile ou notre cabinet libéral sont potentiellement des lieux chargés de nos empreintes mutuelles. Elle s'est montrée disponible à venir témoigner bien que cet engouement n'ait pas reflété la passation de l'entretien. Au début de l'entretien, Ophélie s'est montrée plutôt réservée. Elle s'est beaucoup reposée sur nous, pensant que nous allions la questionner davantage. De plus, la rigidité de sa posture nous a donné l'impression qu'elle était emprisonnée dans son corps, comme pris au piège d'une carapace qui pourrait avoir une fonction de protection. Ceci nous donne le sentiment qu'Ophélie se pose un peu comme une énigme que nous devons déchiffrer. L'absence de repères temporo-spatiaux dans son récit nous a donné le sentiment d'être complètement perdue. Ceci montrerait des difficultés à s'adapter à la réalité externe et à mobiliser ses processus secondaires, et appuie cette impression d'énigme, dans le sens où elle demande à l'autre de suivre son récit. Les affects oscillent entre lassitude et agacement, exprimés dans le ton, bien que la prosodie demeure relativement monotone. Elle dira d'ailleurs à plusieurs reprises : « *c'est difficile à expliquer* » lorsque nous lui demandons de s'exprimer sur ses ressentis. Le discours est plutôt inhibé et banalisé, ponctué de rires plutôt ironiques. Ceux-ci s'accroissent à mesure que nous abordons son enfance et la relation à sa mère. Hormis ces interruptions de rires et une émergence de pleurs, à la fin de l'entretien, elle reste plutôt descriptive. La monotonie nous a particulièrement éprouvée à l'écoute de son entretien.

Avec Calypso, nous avons été dans le même collège. Ceci remonte à 30 ans. Nous n'étions ni en classe ensemble ni amies. Depuis nous n'avons entretenu aucun liens, hormis une mise en relation via les réseaux sociaux, car nous avons côtoyé le même collège. Calypso a instauré le tutoiement dès sa prise de contact, suite à l'annonce que nous avons publiée sur notre page personnelle de ce réseau social. Lui proposant les différents lieux possibles, habitant assez loin de Strasbourg, il a été convenu que nous nous déplaçons à son domicile.

Ce tutoiement qu'elle a initié a sans doute eu des effets sur la nature du transfert. En effet, dès notre rencontre, nous pouvons observer une attitude plutôt chaleureuse. La fluidité de son discours et la maîtrise de son élaboration (ton calme, choix des mots) peuvent être entendues comme un désir de montrer l'image d'une femme calme, apaisée et résiliente. Malgré tout, son absence de sollicitations à notre égard, de désir de sollicitude ou de reconnaissance, révèlent une prise de position plus « assumée », possible grâce à cette maîtrise d'elle-même.

Son discours est posé et pragmatique. Elle fait l'effort de donner une chronologie dans son récit et de déplier sa pensée de manière calme et réfléchie. Elle paraît très attentive aux mots qu'elle emploie. Cette prosodie bien réglée est parfois emportée dans des moments plus narrés qui donne au récit plus de dynamisme, et nous remarquons également qu'elle fluctue selon l'intensité émotionnelle ressentie. Son discours donne une apparence de quelqu'un de plutôt serein, réfléchi, mais parfois distancié. L'emploi fréquent des verbes à l'imparfait sur certains passages témoigne d'un passé qui se veut résolu, ce qui est appuyé par une prise de conscience marquée et un désir de résilience.

Après s'être manifestée, suite à notre annonce, pour exprimer son intérêt pour notre recherche, Amalthée s'est faite « désirer », dans le sens où elle a laissé passer quelques jours avant de nous donner officiellement son accord. Sa demande concernant le lieu de la passation n'était pas directe, mais appuyée par plusieurs justifications : « *par contre, je ne pourrais pas me rendre aux rdv car je ne peux pas rouler loin seule, je m'occupe de mon papa avec un cancer très avancé et en plus, suite à mon licenciement récent, je n'ai plus de nouveau pour ma fille de 6 ans et mon mari travaille en équipe mais je suis disponible à mon domicile* ». Amalthée évoque rapidement les contraintes matérielles et personnelles à se déplacer.

A notre rencontre, nous sommes interpellée par sa physionomie. Ses traits du visage expriment de la tristesse et la posture de son corps est plutôt avachie. Bien qu'encore relativement jeune, une petite quarantaine d'années, le temps semble avoir eu une prise considérable sur son apparence physique. Ceci nous donne l'impression d'une usure du temps qu'elle porte sur son corps.

Lors de la passation, elle emploie souvent un ton aigu, très rythmé, interrogatif, presque naïf, excepté à la fin de l'entretien, où elle se dit très clairement « *dégoûtée* » du système de soin, médecins et hôpitaux confondus. Des difficultés d'élocution sont présentes, donnant un aspect parfois décousu au discours. Elle nous sollicite d'ailleurs à plusieurs reprises pour obtenir notre assentiment (« hein » ; ton interrogatif). Ceci montre un besoin d'étayage, pour se sentir probablement soutenue, comprise et sécurisée. Elle semble désirer notre pleine attention. Elle met également à l'épreuve le cadre de l'entretien à plusieurs reprises, par exemple, lorsqu'elle souhaite chercher des papiers pour dater et nous évoquer un événement personnel, ou lorsqu'elle se parle à elle-même parce qu'elle a eu une prise de conscience, la ramenant à une temporalité autre : « *je crois je me suis mélangée les pédales avec les dates* ». Tout ceci nous évoque une relation anaclitique difficile à gérer, la transgression du cadre nous fait penser qu'elle teste les limites imposées et qu'elle présente des difficultés à tenir compte de la réalité externe.

Sinopé a été d'emblée claire dans sa démarche et son désir de participer à notre recherche. Après de premiers échanges téléphoniques conviviaux, nous avons convenu qu'elle viendrait à notre cabinet libéral, habitant non loin de celui-ci, en comparaison du trajet pour se rendre à Strasbourg. Dès notre rencontre en face à face, elle s'est montrée à l'aise et en confiance. Sinopé s'est ouverte sans méfiance, non dans une attitude de soumission à notre propre désir, mais plus dans un désir de nous raconter son histoire. Pendant l'entretien, nous repérons qu'elle met en lien son passé douloureux avec les douleurs physiques, qu'elle éprouve et qui fluctuent en fonction de sa propre disponibilité psychique à y faire face ou d'un moment de stress : « *juste une contrariété me fait déclencher une crise* ». Comme Calypso, elle s'est montrée calme, sans sollicitations particulières à notre égard, mais à la différence de cette dernière, Sinopé n'est pas dans la maîtrise, plutôt sans défenses. De façon globale, l'entretien est fluide. Elle élabore facilement sur les événements marquants de son enfance, mais ses éprouvés ne sont que rarement formulés.

Elle paraît de prime abord plutôt lucide et consciente que son passé a eu des effets dans sa vie actuelle et que les douleurs qu'elle endurent ne sont pas sans liens avec son histoire. D'ailleurs, son récit est plus centré sur son vécu familial ou amical, que sur ses douleurs et son parcours thérapeutique. On repère l'importance et le sens pour Sinopé de partager son passé psychiquement douloureux. Néanmoins, elle a de grandes difficultés à donner forme à son récit. Lorsque nous lui demandons comment ses douleurs ont débuté, elle ne s'ancre pas dans une temporalité chronologique mais arrive tout de même à les contextualiser. Cela donne cette impression d'être complètement soumise à la temporalité de l'inconscient et que l'ancrage à la réalité est problématique.

Par ailleurs, il apparaît que le dispositif même de la recherche, et plus spécifiquement l'enregistrement, a eu des effets repérables sur certaines participantes de notre étude. De façon globale, elles commençaient toutes à parler avant l'enregistrement et lorsque celui-ci débutait, il leur fallait un petit temps d'adaptation. Si la mise en confiance est nécessaire avant l'entretien, nous devons de les mettre en condition rapidement, afin que les contenus de leurs récits ne soient pas dits en dehors de l'enregistrement au risque qu'elles n'y reviennent pas pendant.

Lysithéa a d'emblée montré un désir important de narrer son histoire. Ce qui n'a pas pu apparaître sur l'enregistrement puisque nous ne l'avions pas démarré officiellement. Elle s'est rapidement plainte de l'attitude des médecins qu'elle semble avoir très mal vécue, bien que lors de l'enregistrement, elle ait été beaucoup plus prudente sur les propos employés à leur égard. Cette plainte « hors cadre officiel » nous interroge. Était-ce défensif ? Était-ce une crainte que quelque chose lui échappe ? Y'a-t-il eu des résistances marquées l'enregistrement en lui-même, symbole de la trace de sa parole ?

Parfois, c'est à la suite du protocole que d'autres choses ont pu être dites, comme avec Amalthée ou Sinopé. Toutes les deux sont plutôt vindicatives vis-à-vis du corps médical et de la prise en charge de leurs mères gravement malades d'un cancer. Néanmoins, à l'écoute de l'enregistrement nous avons constaté que les propos de Sinopé n'apparaissent pas et qu'elle était également plus nuancée.

Nous ne pouvons pas en tenir compte pour l'analyse mais il est évident que ce témoin qu'est le dictaphone représente en lui-même une certaine limite dans la recherche, qu'il s'agit de considérer et d'intégrer dans l'analyse.

Nous avons toujours été attentive à ne rebondir que sur les propos des participantes et poser des questions ouvertes et neutres, afin d'éviter d'induire ou de suggérer des réponses. Pourtant, nous avons sentie des difficultés de verbalisation pour Ophélie, en début d'entretien. Elle attendait que nous lui posions des questions et nous avons très clairement ressenti cette attente à notre égard. Nous avons donc dû intervenir de façon plus marquée, ce que nous souhaitions éviter, afin de maintenir une posture la moins directive possible. Nous avons ainsi eu le sentiment d'un manque d'implication de sa part, dont nous avons pris conscience durant l'entretien. Ceci a été essentiel pour éviter que cet agacement s'exprime et ait des effets, si cela s'était joué sur un plan inconscient. Ses réponses étaient plutôt courtes, sans associations, jusqu'à que nous lui demandions de nous parler de son histoire plus en profondeur, avec tact et bienveillance ; demande à laquelle elle a fini par répondre.

Dans l'après-coup, à l'écoute des entretiens, nous avons parfois ressenti de la lassitude dans la prosodie et la pauvreté de l'élaboration. Nous repérons, à travers l'analyse de notre contre-transfert, que la lassitude ressentie se joue essentiellement pour les raisons suivantes. Ophélie a montré tout au long de son entretien un détachement affectif et une verbalisation monotone, et Amalthée et Lysithéa ont donné un ton superficiel à l'ensemble de leur récit. Ces éléments nous donnent des indices sur la nature du transfert. Ophélie semble quelque part « résister » à la mise en place du transfert. Amalthée et Lysithéa paraissent plutôt en résistance avec leurs propres processus psychiques, et comment ils agissent dans leur vie quotidienne, comme si elles ne voulaient rien en savoir.

Concernant Sinopé ou Calypso, l'écoute de leur entretien a été moins éprouvante. Nous l'expliquons par le fait que Sinopé s'est montré plus authentique, avec des capacités d'élaboration, plus dans l'affect dès le départ, voire plus dans la détresse, et nous avons ressenti plus de sincérité. Et Calypso a été la plus pragmatique, dépliant de façon chronologique et structuré son récit, ce qui est particulièrement agréable à l'écoute et à l'analyse.

Chapitre 2 :
Des histoires singulières de vie : l'étude de cas en
psychologie

I. LYSITHEA OU LA RECONNAISSANCE IDENTITAIRE

« Je veux juste être reconnue voilà ».

1. Présentation et repères biographiques

« Je m'appelle Lysithéa j'ai 42 ans bientôt 43 je suis mariée depuis 25 ans et j'ai 5 enfants donc de 25 au dernier qui va avoir 6 ans cette année donc voilà ». Lysithéa met d'emblée au cœur de sa présentation ses enfants. Ceci montre l'importance de la place qu'elle leur accorde dans sa vie et également de son rôle de mère. Dans sa famille d'origine, elle est l'aîné d'une fratrie, dont elle a pris soin dès l'âge de 10 ans, occupant ainsi un rôle maternel. Son père n'est pas son père biologique. Il l'a adopté lorsqu'elle avait 1 an. Lorsque son père et sa mère se sont séparés, elle avait 8 ans. C'est à ce moment-là qu'elle apprend, par sa mère, que son père n'est pas son géniteur. Cette nouvelle a eu un effet tel que Lysithéa, une fois adulte, a voulu juridiquement rompre la filiation avec son père, afin que son géniteur puisse prendre sa place de père auprès d'elle. Elle en veut à sa mère pour cela. La figure maternelle paraît défaillante et la figure paternelle, quant à elle, paraît abîmée par le discours de la mère. Par la suite, sa mère s'est remariée. Nous repérons ainsi que chaque figure paternelle est représentée par une certaine place, formalisée dans le discours par une nomination différente pour chacun : le géniteur, le papa et le beau-père.

Lysithéa contextualise rapidement l'apparition de ses premières douleurs, survenues à l'adolescence suite à une pratique sportive régulière. Les douleurs sont spécifiquement articulaires, au niveau du genou. En revanche, il n'y a eu aucune prise en charge pour ce problème, ce qui interroge soit sur l'absence de plainte verbalisée ou entendue, tant du côté parental que médical, soit sur l'absence de contenance parentale. La chronicité de la douleur s'installe suite à sa grossesse en 2012/2013, ayant également déclenché une maladie auto-immune.

2. Le lien à l'Autre dans l'enfance : lorsque la parole compromet l'inscription filiative

2.1. Bouleversement des repères dans l'enfance

« *Alors bon moi du de mon enfin de notre côté familial j'ai plus de lien familial j'ai juste ma famille mes enfants mon mari j'ai coupé net avec ma famille que ce soit paternelle ou maternelle parce que ben y'a des soucis de des soucis de familles en fait que je ne voulais pas (silence) que je voulais pas avoir en plus en poids sur mes problèmes de santé* ». Lysithéa parle de sa famille d'origine en termes de coupure, dans le réel, des liens affectifs. Quelque chose la déstabilise car elle commence par parler en « mon » puis corrige par « notre ». Le recours au « nous » est défensif. Il lui permet probablement de prendre de la distance émotionnelle avec son histoire familiale. Se sentirait-elle moins coupable en diluant la responsabilité de cette situation ? Elle associe cette coupure familiale à ses problèmes de santé et son discours prend une forme de justification. Elle ne désire pas que ses problèmes relationnels et affectifs aggravent ses problèmes de santé mais ne dit rien des répercussions que ses soucis personnels auraient pu provoquer sur sa santé.

Lorsque nous lui demandons de poursuivre sur ce thème, nous repérons des difficultés à verbaliser. Elle ne sait pas comment démarrer son propos et cela se traduit par des hésitations et des va-et-vient dans le récit : « *pfff euh j'ai euh en fait euh ma maman euh mon du début donc ma euh je suis née en 78 euh ma maman avait rencontré mon géniteur euh à cette époque-là quoi et en fait mon géniteur ne m'a pas reconnu* ». Lysithéa met une intention particulière à vouloir reconstruire la chronologie de son enfance et démarrer son récit par sa naissance. Cette référence temporelle éclaire l'importance qu'elle accorde à sa conception. Elle évoque la rencontre entre sa mère et de son géniteur, et parle immédiatement de l'absence de reconnaissance dont il a fait preuve. Le terme médical, utilisé pour nommer celui qui l'a conçu, appuie la distanciation émotionnelle déjà repérée en amont et la trace du réel que cela représente. Peu de temps après sa naissance, sa mère s'est séparée de son « *géniteur* » puis elle s'est remise en couple avec un autre homme l'année suivante. Ils se sont mariés et se sont également séparés sept ans plus tard. Cet homme a adopté Lysithéa, faisant d'elle sa fille.

« *Ils ont divorcé et à ce moment-là en fait ma maman m'a dit que c'était pas mon père que voilà que j'avais un autre papa* ». Aux yeux de la loi juridique, cet homme est son père. Pourtant, elle ne peut plus le reconnaître comme tel malgré l'inscription filiative et les huit années passées ensemble.

L'ambivalence du discours est marquée par l'emploi du signifiant « *père* » pour son père adoptif et du signifiant « *papa* » pour son géniteur. Cette distinction évoque un clivage entre factualité (*père*) et affectivité (*papa*), qui se réitère dans ces propos : « *d'après la loi c'est lui mon papa mais si à l'époque j'avais fait un désaveu de paternité et tout ça et test ADN on aurait j'aurais pu faire reconnaître que je n'étais pas sa fille* ». Lysithéa ne désire plus de ce père qui n'a pas participé à sa conception, qui ne partage pas son ADN. L'oscillation verbale marque un désir de vouloir se détacher de ce père, qui n'est pas celui qui l'a conçue. Pourquoi un tel conflit se joue pour elle ? Quelle serait la fonction de ce désaveu de paternité ? Lysithéa souhaite désavouer ce père adoptif car, dans cette situation, elle ne se sent pas légitime en tant que fille, comme nous pouvons le repérer dans le passage suivant : « *j'étais dans cette démarche en fait de revenir enfin de faire (silence) de faire valoir mes droits en fait en tant que fille d'un adultère on va dire enfin c'est fille illégitime* ». Bien qu'inscrite dans la filiation de cet homme, reconnu comme son père au niveau juridique, elle ne peut le considérer comme un père sur le plan affectif. Sur le plan fantasmatique, le désaveu de paternité permettrait de rétablir son géniteur en tant que père, mais c'est au niveau symbolique que l'on comprend comment le montage fantasmatique prend place. Cette absence de reconnaissance est en lien avec le rejet que sa mère a provoqué : « *en 86 ils ont divorcé et à ce moment-là en fait ma maman m'a dit que c'était pas mon père que voilà que j'avais un autre papa et tout ça... c'était plus par vengeance en fait qu'elle l'a fait c'était pas c'était pour faire du mal* ». Lysithéa pense que sa mère a voulu se venger et faire du mal, et la rend responsable de la situation : « *c'est elle qui a tout déclenché en fait donc voilà (ton aigu)* ». Elle se positionne en mauvais objet et projetterait ainsi un sentiment de culpabilité, se jouant sur le plan juridique et s'enracinant dans les difficultés à se sentir une fille légitime, qu'elle reproche inconsciemment à sa mère. Elle ne serait pas qu'illégitime au regard du père mais également au regard de la mère. Probablement que rendre sa mère responsable lui permet d'atténuer cette culpabilité à exister.

« *J'ai voulu faire euh annuler voilà et que mon géniteur voilà il puisse faire ce qu'il avait à faire quoi* ». Cette annulation juridique dont elle parle se joue sur le plan symbolique, car elle aurait pu rétablir la vérité sur sa conception. Être reconnue par ce père qui l'a conçue aurait contribué à sa construction identitaire abimée par le discours maternel sur sa conception. La réparation qu'elle recherche n'aura jamais lieu nous apprend-elle : « *chose qui ne se fera jamais* », car les démarches juridiques ont été entamées après le délai de prescription.

Lysithéa a rencontré son géniteur quelques fois, mais aucuns liens affectifs n'ont pu se tisser : « *y'a pas le lien père-fille [...] j'ai pas vécu avec lui j'ai pas le voilà (silence) c'est compliqué quoi donc voilà* ». C'est pourquoi elle ne peut le reconnaître comme un homme, mais juste un « géniteur », un bout de réel, celui de sa conception. De la conflictualité se repère dans l'emploi du mot « *voilà* ». En même temps, il témoigne d'une résistance à la remémoration et par contingence, à la survenue potentielle d'affects pénibles. Cette attitude défensive est réitérée lorsqu'elle banalise à l'excès et à plusieurs reprises le vécu émotionnel de son enfance : « *voilà quoi après on s'y fait hein on fait abstraction et puis la vie continue hein* » ; « *maintenant c'est leur histoire je ne saurai jamais la vérité de ce côté-là* » ; « *donc c'était pas un problème* ». Il y a une massivité et une rigidité des défenses psychiques qui ne recourent qu'à la banalisation, la justification et la rationalisation des éprouvés affectifs.

L'impossibilité d'accéder au savoir sur ses origines a conduit Lysithéa à la rupture des liens affectifs, comme seule solution pour rompre avec sa propre impuissance à lâcher-prise ou à comprendre que le savoir ne garantit en rien la vérité de son être. La fonction du voile permet de recouvrir ce qu'elle ne désire pas voir et la coupure des liens dans le réel montre que cette distanciation est mise en échec sur le plan symbolique. Il n'y a pas d'élaboration des évènements.

2.1. La rivalité dans le lien mère-fille

« *Ma maman elle a un handicap c'est qu'elle est sourde et muette de naissance donc bon elle sait s'exprimer mais elle n'entend pas et en fait je pense qu'elle a joué enfin elle a joué elle a été un peu surprotégée je pense par ses parents* ». Lysithéa pense que sa mère a profité de son handicap pour s'allouer les faveurs parentales, puis revient sur ces propos pour les minimiser. Ce discours défensif montre qu'elle est en conflit avec le jugement qu'elle se fait de sa mère. Il y a la présence potentielle d'une culpabilité à parler en ces termes. Sa mère ne correspond pas à la représentation qu'elle se fait du rôle d'une mère : « *c'était pas le rôle de maman* », elle la perçoit plus sur un plan amical : « *maman c'était plus en fait comme une copine* ». Cette attitude infantile de sa mère, elle se l'explique par cette surprotection parentale. Elle aurait été empêchée à prendre son rôle de mère par l'infantilisation dont elle a été l'objet. Elle estime que le comportement maternel est trop insouciant : « *un truc enfantin elle allait se balader le soir des fois elle nous couchait à 20h et puis elle allait se promener et tout s'il nous arrivait quelque chose euh voilà elle était pas là quoi* ». Mais trouve qu'elle assurait plus ou moins bien les soins : « *elle nous couchait* », « *les repas c'était un truc qu'elle savait faire vite fait bien fait c'était pas une grande cuisinière* ». Elle a des difficultés à accepter le manque de présence et d'implication maternelle. C'est la fonction maternelle dans sa dimension de sécurité qu'elle interroge, et c'est au niveau de la qualité du lien mère-enfant, que Lysithéa situe sa carence en tant que mère : « *elle gérait pas tout ce qui était lien le lien familial quoi* ». Elle aurait des difficultés à créer du lien familial, ce qui expliquerait que Lysithéa reproduise cette manière d'agir à laquelle elle s'est identifiée : « *j'ai coupé les ponts avec la famille* ». Les liens se jouent et s'éprouvent dans le réel.

Il n'y a pas davantage d'élaboration sur ce qu'elle évoque à propos de la dynamique familiale et de la relation à sa mère. Une inhibition paraît empêcher les associations qui permettraient de mettre du sens. Nous repérons néanmoins que l'absence d'une mère telle qu'elle la fantasme a conduit Lysithéa à incarner le rôle maternel pour ses petits frères et sœurs, dès l'âge de 10 ans. Elle se dit autonome depuis cet âge-là. « *C'est moi qui faisais un petit peu ce qu'il fallait à la maison quoi donc y'a eu des charges pour moi en plus de l'école euh ben s'occuper du petit frère de la petite sœur des choses comme ça quoi* ». Elle s'est sentie dans l'obligation de prendre les responsabilités à la place de sa mère.

Quelles motivations inconscientes l'ont-elles poussée à prendre ce rôle de mère? A-t-elle projeté son propre manque d'une mère? Ce rôle de mère était-il devenu une nécessité à tenir? A-t-elle repéré le désir maternel à cet endroit?

« *En grandissant le fait que je devienne une jeune femme y avait un esprit avec ma maman comment dire (silence) un peu de jalousie un peu de voilà je me formais j'avais un petit copain* ». Lysithéa éprouve sa relation mère-fille comme une relation de rivalité fraternelle. Cette rivalité a pris place dans l'inconscient à travers le regard des autres qui les prenaient pour des sœurs et la satisfaction que sa mère éprouvait par rapport à cela : « *je disais non c'est maman c'est pas ma sœur quoi donc elle ça lui plaisait ça mais pas moi* ». Elle explique aussi cette rivalité en raison de leur faible différence d'âge. Sa mère avait 17 ans lorsqu'elle est née. Ce schéma, Lysithéa l'a elle-même reproduit, étant tombée enceinte au même âge : « *on avait ce projet là mais pas aussi vite quoi et tout ça parce que bon à ce moment-là à mes 17/18 ans j'étais pas encore diplômée et tout ça donc c'était un peu compliqué mais bon voilà* ». Elle interrompt l'élaboration par un « *voilà* ». Cette attitude marque un désir de non savoir, ce qui nous amène à penser que cette répétition du schéma familial n'est pas conscientisée par Lysithéa. Ceci nous indique à nouveau que rien n'a été élaboré sur le plan psychique, mais que cet agir dans le réel montre une tentative de symbolisation. Elle revient sur le factuel pour mettre à distance ce qu'elle pourrait ressentir : « *y'a eu une défaillance de ce côté-là c'est pas grave (...) c'est comme ça hein* ». En plus de l'attitude défensive, nous nous sentons sollicitées par Lysithéa dans recours à ce signifiant interrogatif « *hein* ». Elle paraît demander notre assentiment à venir normer une attitude, ce qui pourrait la rassurer. Par cette demande d'adhésion, c'est une contenance à ses propres éprouvés affectifs qu'elle réclame.

« *Mes premières règles c'est pas ma maman qui m'a expliqué c'est mon beau-père* ». Lysithéa attendait de ce lien mère-fille une complicité partagée par les expériences que sa mère a elle-même traversées ; une transmission de l'intimité féminine. Quelque chose lui échappe dans son histoire affective à sa mère. Elle ne semble pas comprendre la place qu'elle tient dans le désir maternel.

« *J'avais pas de liens fusionnels avec ma maman hein c'était ma maman et puis voilà quoi mais le fait qu'elle ait dit ça ça m'a beaucoup perturbé après j'ai plus voulu voir justement ben mon papa* ». Dans ce passage, nous comprenons que Lysithéa en veut à sa mère de lui avoir dévoilé les circonstances de sa conception. Lysithéa tient sa mère pour responsable. L'absence de reconnaissance de la fonction maternelle a empêché la construction d'un lien mère-fille, tel qu'elle le fantasme : « *j'avais pas de liens fusionnels* » ; « *celle qui m'a mis au monde [...] ça s'arrête là j'ai plus de liens* ». La relation est désaffectivée et réduite à la conception, au réel. Cet appauvrissement de la relation vient en écho à la relation à son père adoptif : « *il m'a aussi laissé tomber à l'annonce de la maladie* » et à son géniteur : « *au jour d'aujourd'hui on a quelques contacts mais voilà si y'a y'a pas le lien père fille* ». C'est un fonctionnement en « tout ou rien » qui se dévoile. Ce qui se repère également dans la narration du lien à sa sœur : « *j'étais très fusionnelle avec une de mes sœurs et voilà quoi après bon du jour au lendemain y'a eu une cassure* ». Elle fantasme une relation affective dans la fusion, dans la présence pleine de l'Autre, ou dans son absence totale. C'est une présence et un dévouement absolus que Lysithéa demande à l'Autre. Par ailleurs, c'est toujours l'Autre qui l'abandonne, ce qu'elle s'explique par la présence de sa fibromyalgie : « *elle a pris ses distances du jour au lendemain mais à l'annonce de la maladie* » ; « *il m'a aussi laissé tomber à l'annonce de la maladie* ». On entend que la maladie a une véritable fonction dans son histoire familiale. Elle permet de mettre à distance la toxicité des liens familiaux (« l'histoire familiale un peu toxique ») dans le réel. C'est dans l'économie psychosomatique que s'interroge le fait d'ancrer dans le réel ce qui ne peut se jouer sur le plan symbolique.

Les propos de sa mère agissent à la manière d'une désaffiliation. Destituer son père adoptif de sa place de père a bouleversé les liens et sa propre place de fille dans cette famille. Se sentir fille légitime dans sa famille n'est pas garanti par la reconnaissance ou la filiation biologique ou juridique, car dans la parole maternelle cette reconnaissance échoue. C'est sur le plan symbolique que le ratage de la filiation se joue. Le besoin de reconnaissance de la fonction paternelle de son géniteur et la réparation qu'elle réclame sur le plan juridique seraient une manière inconsciente de pallier l'absence de lien affectif à la mère, comme si elle avait une chance de pouvoir tisser ce qui n'a jamais pu se faire. Le regard que sa mère a porté sur Lysithéa ou plutôt son absence en tant que regard sécurisant, bienveillant, maternant, l'a empêché à prendre sa place en tant que fille.

3. La relation médecin-patient : de la compliance à la résistance

3.1. La démission du sujet dans sa prise en charge

Lysithéa contextualise rapidement l'apparition de ses premières douleurs, survenues à l'adolescence suite à une pratique sportive régulière « *j'étais très active sportivement* ». Les douleurs sont spécifiquement articulaires, au niveau du genou (Je/Nous). Par contre, elle n'a pas été prise en charge pour ce problème. « *J'avais des luxations à répétition mais on n'a jamais mis on n'a jamais rien* ». La présence du discours impersonnel (« on ») montre qu'elle est en difficulté à nommer les choses. Le recours défensif à la factualité, « *voilà on a laissé faire quoi* », lui fait l'économie de venir questionner les raisons de cet abandon, tant sur le plan médical que sur le plan parental.

Les douleurs chroniques sont associées à une maladie auto-immune qu'elle a eue alors qu'elle était enceinte de sa fille en 2012/2013. D'ailleurs, elle prononce mal le nom de la pathologie (parfigoïde gravidique au lieu de pemphigoïde gravidique). Ceci nous interroge par rapport à l'appropriation et au sens qu'elle donne à ce qui lui arrive.

A l'hôpital, Lysithéa a réalisé un certain nombre d'examen : « *j'ai été à l'hôpital d'Hautepierre sur une hospitalisation sur une journée en fait où ils ont fait plusieurs tests salivaires (silence) les gouttes enfin les yeux ils ont fait ils ont fait enfin ils ont fait pas mal de tests* ». Elle reste descriptive et focalisée sur les faits. Le vécu subjectif n'est pas élaboré et des difficultés de verbalisation sont présentes, à la fois par son silence, par la syntaxe défailante et la répétition verbale.

Lysithéa décrit un contexte d'échec thérapeutique et de manque de considération. « *J'aimerais qu'on me prenne plus au sérieux et qu'on comprenne* ». Elle prend conscience durant l'entretien de l'association qu'elle a faite entre absence de soulagement et absence de considération : « *parce que ils trouvent pas de ils trouvent pas de remèdes en fait ils trouvent pas de (silence) ouai ça doit être ça* ». La répétition verbale accentue à nouveau des difficultés d'élaboration, qui se manifestent lorsqu'elle est touchée émotionnellement. Lysithéa parle avec son corps. Ceci indique qu'elle est à la fois inhibée sur le plan affectif et dans l'embarras pour mettre du sens sur ses éprouvés. Elle associe donc le manque de considération au manque d'efficacité des médicaments et s'accroche sur le factuel pour se protéger de ce que ça pourrait signifier sur le plan affectif.

« *Je suis suivie mais pas non plus comme je voudrais* ». Il y a la présence d'une attente inconsciente envers le corps médical et sa prise en charge. Celle-ci devrait correspondre à la représentation qu'elle s'en fait. En réaction à cette déception, elle se tourne vers d'autres voies de prise en charge, basées sur l'écoute et l'expertise. D'une part, Lysithéa s'est tournée vers des personnes avec qui partager son vécu avec la maladie : « *moi j'ai trouvé une écoute* ». Un phénomène d'identification est présent : « *j'ai trouvé des gens en fait qui ont la même maladie* ». Cette identification par la pathologie, ce trait unaire qu'elles partagent, semble la satisfaire au point de s'inscrire sur plusieurs forums de cet ordre. Cette identification lui apporte un certain réconfort à se sentir comprise et lui permet probablement de mieux supporter l'absence de compréhension qu'elle ressent dans sa relation au médecin. D'autre part, ses recherches sur internet l'ont conduite à découvrir l'existence d'un centre « *antidouleur* », comme elle le nomme. Ce n'est pas une nomenclature homologuée. Le fantasme qu'il existerait un centre capable d'éradiquer la douleur est mis en scène à travers ce signifiant. Bien que l'on puisse entendre dans ces démarches, un désir d'émancipation au corps médical, celui-ci paraît plutôt être le déplacement d'un besoin d'appartenance à une communauté, palliant ainsi une exclusion sociale (familiale, professionnelle et médicale).

Lysithéa est allée consulter une psychologue sur les conseils de son médecin traitant. Elle pensait qu'en parlant, elle serait soulagée de ses douleurs : « *quand j'en parlais avec cette personne ça me soulageait pas...donc j'avais toujours mal euh même après la séance et tout ça donc* ». Qu'attendait-elle de cette psychologue dans sa prise en charge ? Il semble que le soulagement aurait dû se produire sur le plan somatique (« *ça me soulageait pas...donc j'avais toujours mal* »). De plus, elle attendait un soulagement presque immédiat, « *après la séance* », voire magique, appuyé par l'insistance qu'elle a marquée sur le « *pas* », comme si le soulagement aurait dû avoir lieu ou n'aurait de toute façon pas pu avoir lieu.

Par ailleurs, la demande de consultation d'un psychologue provient du médecin, mais les raisons de cette demande restent en suspens. Dans son discours, rien n'est formulé par rapport à cette demande, ni de son côté, ni du côté du médecin. Celui-ci s'est peut-être senti en difficulté avec ce diagnostic de fibromyalgie, en l'adressant à une psychologue. L'absence de sens : « *je comprenais pas le pourquoi il fallait que je la voie* », a sans doute empêché la rencontre et le transfert de prendre place avec cette psychologue. Elle n'a pas pu se saisir de ce cadre pour y déployer son histoire.

Ce qui nous interroge est son absence de questionnements et de curiosité quant à sa prise en charge. Elle se plie à la demande du médecin et la met en échec. Cette forme d'obéissance appuie notre hypothèse d'un rapport de soumission et d'opposition à l'Autre. Au regard de son comportement, une problématique annale s'affine, possiblement une position masochique pour dénoncer le sadisme de l'Autre qui pourrait être satisfait de sa souffrance et/ou pour la renforcer sur le plan narcissique.

La réponse du corps médical est systématiquement rabattue du côté du corps et de la maladie, et focalisée sur la molécule qui éradiquerait la douleur et, en même temps, la plainte. En tant que patiente, elle semble réduite à un cobaye, à qui les médecins administrent différentes thérapeutiques, en les testant au gré de la réaction de l'organisme : « *Enfin voilà on teste on teste on teste et y'a rien qui fonctionne quoi* » et « *les solutions médicales sont pas toujours adaptées (ton aigu) parce que là c'est vrai qu'on a testé quand même plusieurs et ça a eu aucun effets bénéfiques* ». Un médicament, « *censé agir sur les douleurs* », lui a été prescrit, sauf qu'il a engendré les effets secondaires suivants : « *idées noires* », « *impression de sombrer* » ou encore « *avoir que du négatif* ». L'ambivalence de son discours indique à nouveau que quelque chose d'autre la pousse à faire ce qu'elle dénonce comme inefficace : « *la seule chose qui ait à peu près fonctionné c'était la kiné en piscine mais après j'ai j'en ai pour 3 jours pour m'en remettre* » ; « *pendant 3 jours après je fais plus grand-chose beaucoup de repos et puis ben les enfants voilà quoi c'est eux qui sont impactés en fait* ». Est-ce que c'est la pratique en piscine qui lui fait du bien ou les trois jours de répit qu'elle s'accorde dans l'après-coup ? Ses enfants sont impactés, en même temps, elle continue ses séances en piscine.

« *Y'a des alternatives mais qui sont pas pris en charge* ». Il existe des alternatives aux prises en charge médicales, mais c'est un coût qui est inenvisageable pour elle-même : « *moi en sachant que mon mari est le seul à rentrer un revenu il est hors de question que enfin pour moi il est hors de question que ma maladie elle est un frein sur le reste quoi* ». Le recours à ces thérapeutiques naturelles est réservé à ceux qui sont prêt à le financer : « *y'a des gens qui le font mais c'est de leur poche en fait* ». Ces passages de l'entretien indiquent un conflit narcissique. Elle ne veut pas être un poids pour sa famille sur le plan financier : « *cet argent là il va manquer sur autre chose* », bien qu'elle évoque des répercussions familiales liées à la maladie : « *le quotidien on est plus pareil hein* ».

Elle ne désire pas être un frein « financier » bien que d'autres n'hésitent pas à investir pour leur santé. Considère-t-elle inconsciemment cette dépense financière comme un acte égoïste ? L'argent revêt une fonction symbolique particulière car elle peut indiquer une conflictualité anale. L'argent qu'elle refuse de consacrer à sa propre santé serait ainsi le symbole de son altruisme à l'égard de sa famille. Elle se pose ainsi en martyr, figure de la dévotion ultime.

Il y a une mise en échec de l'ensemble de la prise en charge. Les douleurs semblent jouer une fonction de bénéfices secondaires. Elles rendent plus supportable le fait de s'absenter à son rôle de mère, car elle se trouve dans l'impossibilité de s'autoriser ce repos par elle-même. De plus, elle est prise dans des enjeux inconscients narcissiques : *« j'ai dit à mon médecin j'arrête j'ai dit je peux pas j'ai des enfants il faut que je sois tant pis si j'ai mal mais faut quand même que je sois moi dans ma tête en fait il fallait que je sois capable de tout faire même »*. Être « moi » c'est être capable de tout faire selon Lysithéa. Elle décide ainsi d'arrêter son traitement pour demeurer dans cette omnipotence. Elle paraît soumise à cet impératif totalitaire (« tout faire »). Une posture imaginaire omnipotente n'est soumise à aucune limite sur le plan symbolique. Elle acte ainsi dans le réel ce qui ne peut s'opérer et s'élaborer psychiquement.

3.2. Fonction et solution médicale

« Ils nous assomment avec des médicaments qui en fin de compte n'agit pas sur la douleur mais nous rendent dépendantes après du médicament ». Lysithéa impute au médecin la dépendance au médicament qui s'installe chez les patients. Le recours au « nous » appuie probablement une identification au groupe associatif pour les personnes atteintes de fibromyalgie, dans lequel elle est inscrite, et engendre un discours partagé par ce groupe. Pourquoi est-elle dans l'impossibilité de refuser de les prendre ? Est-ce que le recours au « nous » lui permet de se dégager de ce refus qu'elle ne peut formuler en se positionnant en victime ? Est-elle en difficulté devant ce que le médecin incarne ?

« *Mon médecin qui insiste pour que je prenne mes médicaments parce que c'est vrai* ». La demande du médecin est perçue comme insistante, mais revêt un caractère de vérité. Ce à quoi elle répond en se persuadant de prendre ses médicaments pour d'autres raisons. Ils agissent sur la qualité de son sommeil : « *ça me donne envie de dormir mais ça ne joue pas sur mes douleurs* ». En même temps, elle évoque leur inutilité, et sur le sommeil et sur les douleurs : « *je me réveille quand même parce que j'ai mal* ». Les médicaments n'agissent pas, alors pourquoi continue-t-elle de les prendre ?

Cette contradiction dans le discours soulève une conflictualité entre répondre au désir du médecin et s'en défendre, et laisse entrevoir que le médicament remplirait une fonction symbolique pour Lysithéa.

Les médicaments paraissent remplir une fonction d'apaisement : « *j'ai l'impression d'avoir le cerveau en ébullition donc on a on a essayé le Laroxyl* » et « *la douleur elle est là tout le temps constamment le cerveau il est en ébullition donc est-ce que ça vient pas de là* ». Selon Lysithéa, c'est son cerveau en ébullition qui provoque ses douleurs. Elle décrit une rupture qui se formalise par ce « *quelque chose qui a disjoncté... et qui se remet pas en place* ». Cette rupture est rabattue sur le plan somatique : « *entre la SEP la polyarthrite des choses comme ça quoi alors du coup est-ce que y'a pas des recherches à faire ... parce que je suis sûre que c'est de là que ça vient y'a quelque chose qui a disjoncté* ». Probablement que de trouver une explication ancrée dans le factuel est plus négociable psychiquement. Sur le plan symbolique, la fonction du médicament viendrait apaiser ses pensées envahissantes.

« *Je me sens pas comprise par le corps médical* ». Cette absence de compréhension est expliquée par l'échec de sa prise en charge : « *je suis suivie mais pas non plus comme je voudrais quoi en fait j'aimerais qu'on me prenne plus au sérieux et qu'on comprenne que ben tout ce qu'on a fait en test médicamenteux ça ne marchait pas (silence)* ». La déception est palpable et elle est à rapprocher d'un fantasme d'idéal. Elle est en demande de considération qu'elle déplore du côté d'un manque d'efficacité des médicaments. Selon Lysithéa, le médecin devrait comprendre que le médicament n'est pas la seule réponse à proposer. Un manque de communication et d'explication semblent se jouer au sein de la relation thérapeutique.

De plus, les médecins ne sont pas personnifiés. Ils sont regroupés dans ce qu'elle nomme « *les solutions médicales* ». Il en est de même pour le kinésithérapeute qu'elle ne nomme pas, elle parle de « *kiné* » comme pratique. Cette réduction à la fonction montre que la relation thérapeutique n'est pas abordée sur le plan affectif et que le médecin n'est pas perçu en tant qu'autre. La figure du médecin est arrimée à sa fonction de guérisseur. A cette position, omnisciente et omnipotente, elle répond par un comportement ambivalent : elle se plie à la demande (prendre ses médicaments) tout en dénonçant son absence d'efficacité, dont elle se plaint. Ce comportement d'opposition non élaboré nous indique une conflictualité précœdipienne. Cela suppose aussi que le médecin et le médicament ont une fonction autre que médicale et que le colloque médecin-patient réactive des enjeux qui dépassent la simple consultation médicale sur le plan somatique.

L'entretien de recherche a permis de dégager que la demande de reconnaissance est plus profondément enkystée dans un passé conflictuel, spécifiquement sur le plan identitaire. Lysithéa demande une reconnaissance de sa parole et de sa souffrance : « *enfin j'attends d'être prise au sérieux du fait que j'ai mal* », qui devrait passer par la réalisation d'exams complémentaires (« *faire d'autres tests* »), comme témoignage de sa valeur en tant que patiente, et de la certitude quant à l'étiologie de ses douleurs sur le plan somatique : « *je lis des fois ce que les gens publient quand y'a des fois des articles sur les maladies et tout ça elles se référencent quand même sur beaucoup d'autres choses à côté quoi* ». Ce sont les autres personnes fibromyalgiques, qui se renseignent comme elle sur la possibilité qu'il y ait autre chose que la fibromyalgie pour expliquer leurs douleurs chroniques, car la fibromyalgie mime d'autres pathologies. Lysithéa a besoin de trouver une issue à ses douleurs quotidiennes et comme le soulagement n'opère pas, elle s'accroche à un fantasme, persuadée qu'il y a autre chose. Ce manque d'appropriation partagé par d'autres patients fibromyalgiques nous questionne. Le rejet du diagnostic s'articule à un manque de considération et une absence de soulagement sur le plan somatique. Elle demande ainsi une maladie objectivable et guérissable par la médecine.

Nous repérons également que la demande consciente renferme un besoin de reconnaissance de ses droits sur la scène sociale et juridique, parce qu'elle est handicapée par la maladie : *« qu'elle soit reconnue comme les autres comme certaines maladies ou justement le handicap est là et donc au niveau de la MDPH on a des droits là au niveau de la MDPH je n'ai aucun droit »*. L'invisibilité du handicap que provoquent les douleurs empêcherait cette reconnaissance. Nous entendons le besoin d'équité (« comme »). Elle ne veut pas simplement que la maladie soit reconnue, mais exige à être reconnue autant que les autres. C'est de la question identitaire dont il s'agit. Sur le plan inconscient, nous pouvons supposer que si son handicap avait été reconnu, comme celui sa propre mère (sourde et muette), elle aurait obtenu, comme sa mère, le soutien et la surprotection parentales. Ainsi, elle vit cette situation comme un rejet de sa propre personne, de sa condition existentielle. Dans le discours conscient, elle demande réparation sur la scène sociale, médicale et juridique (MDPH, médecin, droits). Néanmoins, cette reconnaissance paraît s'adresser inconsciemment à un Autre : *« je veux juste en fait être reconnue voilà »*.

4. Structuration du désir au Rorschach

4.1. Entre pauvreté associative et a-pulsionnalité

La sécheresse des associations et la pauvreté de l'élaboration sont frappantes dans ce protocole. Lysithéa a donné douze réponses au total, ce qui est en-dessous du seuil inférieur de l'intervalle statistique (13-43). Le temps de latence moyen est de 9'' environs, entrecoupé à plusieurs reprises par des réponses de types « chocs », qui se manifestent dans son discours par des « ouh là ». Par contre, il est relativement homogène. Seule la planche IX nécessite 20'' avant de répondre qu'elle ne voit rien, nous ne l'avons donc pas comptabilisée. Le temps par réponse est de 31''40, ce qui est légèrement en-dessous de la moyenne normative de 37,5''. Lysithéa ne se laisse pas le temps de la réflexion. Cet empressement à répondre peut indiquer une volonté de se débarrasser de cet exercice et/ou une difficulté avec l'élaboration imaginaire, l'abstraction et la mobilisation des processus secondaires.

La prévalence des G simples ou vagues (66,67% des réponses) en regard de l'ensemble des réponses du protocole et de la moyenne statistique (37%) ne montrent pas tant une capacité d'ancrage dans la réalité, qu'une attitude défensive, d'autant plus que les réponses sont majoritairement de mauvaise qualité formelle. Le désir de savoir paraît entravé par cette simplification extrême des réponses. Il y a une prédominance des Gvagues aux planches II, VII et X : 50 % des réponses (G) ou 41,67% des réponses totales, qui marque une indécision forte dans la perception d'une entité globale claire et distincte. Le D représente 25% des réponses, ce qui est plutôt faible (norme : 37%), alors que les Dd représentent 16,67% des réponses (norme : 3%), associés à une mauvaise qualité formelle. Ceci peut indiquer un échec du contrôle défensif.

Lysithéa est essentiellement focalisée sur la forme et les contours de la tache. Ses réponses sont exemptes de couleurs, de kinesthésies, conférant un aspect très froid à l'ensemble du protocole et une impossibilité de se laisser aller à la régression. Le recours quasi systématique à la forme (91,67%) pour élaborer ses réponses paraît extrêmement défensif. Cette surreprésentation des réponses formelles, dont 50% sont cotées en F+%, nous indique un formalisme accru, une soumission au principe de réalité au détriment du principe de plaisir. Il n'y a qu'une seule référence à la couleur achromatique, ce qui donne un aspect très désaffectivé à l'investissement du matériel. L'absence de kinesthésies indique une absence de projection. L'impossibilité d'une articulation entre les sollicitations internes et la perception du matériel semble se jouer.

Sur douze réponses au total, nous trouvons huit références à des contenus animaux « A », une référence à un contenu humain « Hd », une référence à un objet, une référence à l'anatomie, sous forme de radio. Le protocole compte également quatre « Clob », ce qui représente 33,33% des réponses totales. Les contenus « A » représentent 66,67% des réponses, ce qui est bien au-dessus de la moyenne se situant à 43%. Ils peuvent indiquer un fonctionnement rigide, ayant recours à des mécanismes de déplacement, et par là-même permettant l'expression pulsionnelle ou conflictuelle sur une représentation plus conciliable pour le psychisme. La répétition des signifiants (« papillon ») appuie également le travail de déplacement.

L'absence de référence à des contenus H, au profit des réponses A (66,67%), est un indice de faux-self, selon Chabert (1983), que nous supposons du côté du collage à une image de soi réductrice et aliénante. Cette froideur laisse apparaître un monde interne froid déserté par la pulsion. Nous pensons plus particulièrement que l'aspect affectif est isolé, afin de permettre à la représentation de se loger dans le matériel, spécifiquement dans ces contenus A. Lysithéa est mise en difficulté dans les aspects socialisants (A% élevé, F% élevé). Probablement qu'elle est dans l'incapacité à investir l'autre dans une relation d'authenticité.

La découverte avec l'objet projectif, à la planche I, est apparue plus facile que pour les autres planches. Aucun rires ou commentaires, comme pour les planches suivantes, ne viennent supposer un malaise avec ce que suscite le matériel sur le plan inconscient. A l'image du premier contact que nous avons eu avec elle, le premier contact avec le matériel projectif a été similaire. Lysithéa se montre « bonne élève ». Elle répond à la consigne, comme cela lui a été demandé.

Cette attitude compliante, corrélée à la rapidité (7'' de latence) et la banalité de la réponse : « *je pense à un papillon* » révèle une bonne adaptation à la réalité externe. La banalité appuie l'idée d'une capacité d'intégration de la réalité externe, mais la mauvaise qualité formelle de la seconde réponse, « *le corps d'une abeille* », marque plutôt l'échec de la maîtrise des sollicitations internes. Ainsi, l'adaptation dont Lysithéa fait preuve serait plutôt le signe d'une défense marquant les difficultés à faire face à la rencontre avec un objet inconnu. Elle serait une adaptation de façade.

Chez Lysithéa, la répétition du signifiant « papillon » est à interroger, en le mettant en perspective avec les sollicitations latentes des planches auxquelles il fait référence. Elle prend conscience de ce recours un peu systématique au papillon : « *j'ai toujours ce papillon je sais pas pourquoi ...(7'')... peut-être parce que j'aime aussi beaucoup le papillon hein (rires)* ». La planche I et la planche V mobilisent des réponses Ban de type papillon, mais chez Lysithéa le papillon a une connotation d'autant plus singulière qu'elle investit cet insecte sur le plan affectif. Le papillon pourrait alors s'apparenter à une image refuge, un contre-investissement, une formation réactionnelle, capable d'amenuiser des affects d'angoisse face à une conflictualité relationnelle à l'imgo maternel (planche I) et face à une représentation de soi narcissiquement abimée ou fragilisée (planche V). A la planche II, la réponse « papillon » semble abaisser l'intensité de la sollicitation pulsionnelle : « *ouh là c'est coloré* », provoquée par la couleur rouge. Il nous semble qu'elle contre-investit des mouvements pulsionnels à valeur agressive.

Les facteurs de résistances sont particulièrement prévalents : G%>D% ; F% élevé à 91,67, protocole très défensif, court et manquant d'associations dans son ensemble.

4.2. Une identification féminine compromise

Les lacunes blanches ne sont jamais investies sauf à la **planche III**, où l'espace qu'elles offrent au contenu manifeste de la planche, devrait favoriser la perception de deux personnages. Or Lysithéa dénie la mise en relation interpersonnelle : « *ça ressemblerait à une radio des hanches* ». La perception de la symétrie au service d'une représentation imagée du schéma corporel semble refléter une problématique narcissique. A l'enquête, elle précise : « *quand on voit une radio c'est à peu près ça c'est vide ... et tout ce qui est en noir ça fait l'ossature* ». Le vide se reflète sur la radio comme perception interne de soi. Ce vide interne interroge également le sentiment d'identité, qui apparaît très pauvre.

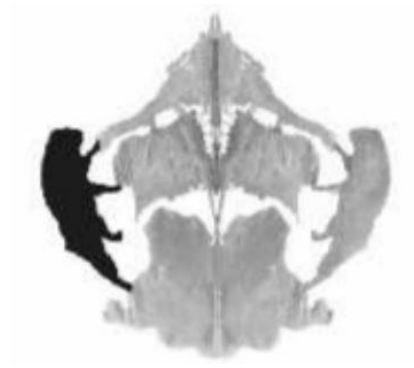
La **planche VII** est considérée comme la planche maternelle/féminine en regard du symbolisme du creux en son centre. La banalisation, l'anonymisation et l'expression de la surprise : « *ouh là (2'') alors là (7'')* » montrent une difficulté à l'abstraction. « *Je verrai bien deux silhouettes là deux silhouettes identiques ouai ça pourrait être ça* ». L'anonymisation, des personnes et de leur genre, marque une conflictualité à s'identifier à une figure féminine. Lysithéa ne repère aucun élément symbolique du côté du féminin ou du maternel. Sa réponse globale est déduite à partir du repérage de deux visages dans la partie en (D14) comme indiqué sur la figure ci-dessous. Cette centration sur le détail nous indique qu'un mécanisme défensif de type évitement est à l'œuvre, permettant de masquer des éléments perturbateurs, comme justement le symbolisme féminin.

Planche VII



A la **planche VIII**, il y a un scotome de la spécularité : « *c'est un animal un peu lézard là genre de lézard* ». La centration sur le détail, même s'il est répandu (D1), est de mauvaise qualité formelle. Celle-ci montre la mise en échec d'une défense contre la prise en compte de l'altérité.

Planche VIII



La **planche IX** est refusée. Cette impossibilité à régresser à cette planche, qualifiée de planche « utérine », celle des relations précoces, nous donne des indices quant à la mauvaise qualité de ses interactions précoces. Au regard des autres réponses aux planches favorisant la projection des sollicitations au maternel ou au féminin, ce refus nous l'interprétons comme une incapacité à s'identifier à un modèle féminin.

Malgré tout, il nous semble que le temps de latence assez long reflète une certaine réflexion : « (5'') *Mmhuunn (15'')* là j'ai pas de ça me dit rien (murmures) je laisse passer l'imagination mais (2'') *nan* ». Peut-être que ce désir de nous donner une réponse est un indice qu'elle souhaite en fait répondre à notre propre désir d'obtenir une réponse ; à nouveau dans cette idée de conformisme, à moins que la résistance à cette planche empêche l'élaboration.

4.3. Evitement de la perception phallique et indécision identificatoire

L'incertitude des contours est prégnante, spécifiquement à la **planche II**, dont la présence marquée de la lacune blanche sollicite l'investissement pulsionnel : « *Ouh là (9'') je sais pas ça pourrait être coloré ça pourrait être un animal (4'') je sais pas (10'') nan je vois pas comme ça je sais pas* ». Lysithéa est frappée et déstabilisée par l'aspect coloré de la planche, et sa précaution verbale : « *ça pourrait être coloré* », « *ça pourrait être un animal un insecte* », nous indique une attitude défensive à l'égard de son monde pulsionnel : « *je ne vois pas* ». L'aspect coloré, quant à lui, concerne les deux protubérances phalliques.

Lysithéa présente des difficultés à intégrer la représentation phallique autant que la valeur agressive ou libidinale qui la recouvre. Cette réaction pourrait refléter une problématique identificatoire masculine. En même temps, l'absence d'intégration de la mise en relation ou de la béance intermédiaire suppose également un évitement de la specularité et de l'imaginaire féminin. L'investissement des aspérités et de la couleur s'articule à l'évitement de l'imaginaire féminin. Dans ce cas, cela signifierait que ce que redoute Lysithéa sur le plan inconscient est la représentation féminine phallique.

La mise à mal à l'endroit des identifications sexuelles suppose une indécision identificatoire. Elle s'en accommode par un mouvement défensif. Pour ne veut pas voir ce qui la dérange, elle retourne la planche pour voir un papillon : « *Si on le met à l'envers ouai ça pourrait faire un papillon* ». Le contre-investissement est contenant et rassurant, et permet de dissimuler une représentation interne ou de réprimer des mouvements pulsionnels à valeur agressive ou libidinale, que cette représentation suscite.

La **planche IV** offre des sollicitations latentes du côté de la puissance, de la domination, dû à la massivité de la tache. Celles-ci concernent donc la dimension phallique. Lysithéa scinde l'image en deux sur le plan horizontal (Dd11), comme pour amoindrir l'effet massif et donc l'effet probablement anxiogène du caractère phallique de la planche. C'est cette position de domination qui semble problématique, spécifiquement au regard de la réponse qu'elle offre : « *ah c'est bizarre votre truc (rires) (7'') ouh là là (3'') je sais pas un insecte oui mais alors lequel il est bizarre cet insecte ouai je sais pas (rires)* ».

De plus, les rires traduisent et étayent un sentiment de malaise, et la réponse « Clob », une irruption angoissante de la perception de la tache. La localisation et la qualité formelle (F+/-) floues, et le contenu, représentant un insecte, marquent une tentative d'affaiblir une représentation phallique trop intrusive.

L'indécision explicite qu'elle formule à l'endroit de la protubérance phallique qu'elle réduit à un insecte et l'absence d'intégration des mouvements agressifs témoignent également d'une problématique de séparation d'avec l'objet maternel. L'angoisse de castration est prévalente, car, d'une part, le regard s'attache au percept au détriment des sollicitations internes, et, d'autre part, nous repérons une absence de reconnaissance de la différence sexuelle.

Planche IV



« Ouh là là (4'') qu'est-ce que ça peut être punaise c'est bizarre quand même (murmure) (2'')...une peau tapis quoi fait en peau ». La **planche VI** est considérée comme phallique à l'endroit de la protubérance sur la partie haute de la tache, là où Lysithéa localise la tête de la peau de bête. « Une tête comme ça j'ai jamais vu ». Lysithéa se rend compte que sa perception est de mauvaise qualité. La planche lui provoque quelque chose qui la dérange consciemment, une résonance interne angoissante. Cela s'apparente à mécanisme d'intellectualisation de la perception, afin de la destituer de tout symbolisme sexuel phallique. Si la peau de bête est une réponse banale, qui montre comme à la précédente planche, une maîtrise pulsionnelle, il semble que la perception de cette tache lui ait provoqué certains effets plutôt gênants : « c'est bizarre quand même ce que les taches d'encres peuvent faire (rires) ». Sa réponse peut ainsi révéler une tentative de dévitalisation de la sollicitation interne et appuie l'hypothèse d'une angoisse de castration.

Les deux **planches IV et VI** laissent apparaître une angoisse devant la représentation qu'elles suscitent et le besoin de la projeter sur nous. Nous interprétons cela comme des difficultés à s'émanciper du regard de l'Autre, car à travers ce mouvement défensif, elle nous réintègre dans son champ de vision. Ceci témoigne d'une angoisse de castration et d'un rapport conflictuel au manque.

4.4. Un désir de savoir entravé

Dans le champ du spéculaire, du projectif, la mise en jeu du regard met aussi en évidence ce qui se joue dans le rapport du sujet au savoir. Le regard a une fonction de savoir, car le sujet cherche à savoir ce qu'il représente pour le regard d'un Autre. Il y a plusieurs réponses « choc », laissant apparaître une dimension menaçante, qui réactive une angoisse de castration (planches II, IV et VI) qui est déniée.

La **planche II** (« *ouh là (9'') je sais pas ça pourrait être coloré* ») montre clairement une hésitation, comme si la perception de la couleur était remise en doute. Le rouge à cette planche renvoie aux pulsions agressives et interroge sa propre disposition à intégrer psychiquement des mouvements agressifs et libidinaux. L'identification masculine, qui soulève la question de l'avoir, semble problématique.

A la **planche IV**, Lysithéa nous renvoie sa propre représentation comme si elle nous appartenait (« *ah c'est bizarre votre truc* »), nous mettant à une place phallique. Nous portons la représentation phallique et avec elle le savoir qu'elle nous suppose, car elle ne semble pas vouloir en savoir davantage. Elle associe alors sa perception à un insecte.

Cette tentative de réduction de la représentation phallique est d'autant plus questionnante que la planche IV est la plus massive des planches et peut donc mobiliser à outrance l'angoisse de castration.

A la **planche VI**, Lysithéa exprime qu'elle n'a « *jamais vu une tête comme ça* ». Son regard n'est pas un regard qui cherche à voir. Il est aveuglé par le voile qu'elle pose sur la castration.

« *Ouh là là c'est coloré c'est coloré (rires) (6'')* qu'est-ce que*** (murmures) (6'') c'est très coloré mais de là à me faire penser à quelque chose je sais pas nan j'ai pas d'idées ». On repère des procédés rigides à cette **planche X** de type précaution verbale. Ce sont des mécanismes défensifs, mobilisés pour contrôler les sollicitations internes, en lien avec la massivité de la perception de ces couleurs. Cette réaction évoque une certaine angoisse en rapport avec la pulsion scopique, car le regard ne sait pas où se poser.

L'aspect coloré et dispersé des taches empêchent Lysithéa à la fois d'intégrer l'ensemble dans un tout cohérent et de trouver où arrimer son regard. Lysithéa semble presque désespérément vouloir trouver un point d'accroche afin de juguler l'angoisse qui émerge : « *peut-être là y'a un truc un cheval ou un ouai mais sinon (6'')* (rires) », en (Dd20), d'où la mauvaise qualité formelle de la réponse. Cette incapacité à accrocher son regard nous évoque qu'elle ne repère rien qui pourrait satisfaire à la pulsion. Le recours à un Dd de mauvaise qualité formelle nous indique l'échec du contrôle défensif.

4.1. Synthèse du Rorschach

Le Test du Rorschach de Lysithéa met l'accent sur plusieurs points saillants par rapport à nos hypothèses de recherche.

La tendance à la banalisation montre un rapport distancié avec son histoire. Même l'élocution est parfois difficile. Des accrochages verbaux se manifestent lorsque quelque chose semble la perturber ou lorsqu'elle ne trouve pas de réponse ou de matière à verbaliser. L'entretien est pauvre en associations, en représentations et en affects, ce que nous retrouvons dans le Rorschach à travers plusieurs indices (pauvreté des réponses, prévalence de G simples, refus de la planche IX, formalisme accru, centration excessive sur la forme de l'objet aux contours souvent indéfinis, absence de kinesthésies, absence de prise en compte de la couleur, sauf à la planche X, où la perception des couleurs révèle une conflictualité en rapport avec la pulsion scopique).

L'ensemble de ces indices, couplé à un blocage associatif et une isolation affective, indique que la symbolisation fait défaut. De plus, les facteurs de résistances sont particulièrement prévalents.

Des difficultés d'identification à une figure féminine et des angoisses face à la perception phallique sont présentes dans ce protocole.

Lysithéa manifeste une forte répression de ces mouvements pulsionnels à valeur agressive qu'elle contre-investit par des représentations rassurantes et contenantantes. Il y a plusieurs réponses « clob », qui réactivent une angoisse de castration déniée (planches II, IV et VI), appuyant cette hypothèse.

Les réponses aux planches phalliques IV et VI (« c'est bizarre votre truc » pl. IV et « c'est bizarre quand même (murmure) (2'' ce que les taches d'encres peuvent faire » pl. VI) témoignent d'une angoisse projetée dans le réel, sur le matériel ou sur la figure du chercheur. Selon Chabert (1997, p.50), la planche IV « est celle de l'énergie masculine...c'est l'archétype de Dieu le Père ». La perception de la planche est scindée en deux, ce qui nous questionne sur le besoin presque de venir « castrer » la perception par rapport à l'effet anxiogène qu'elle suscite et qui peut être mis en rapport avec son histoire personnelle à la figure du Père et de la Mère, symboliques.

C'est le rapport au phallus qui est interrogé. L'identification masculine fait l'objet d'un rejet massif du côté de l'intégration des mouvements de type agressif, de domination, de pouvoir, de positionnement face à l'autre. Les mouvements agressifs de type « actifs », associés à la position masculine, permettent justement de poser des limites, ce qui se manifeste par la possibilité de refuser ou de s'opposer. Le rejet du mauvais objet est repérable dans le Rorschach à la planche IV (« ah c'est bizarre votre truc (rires) (7'') ouh là là ») lorsqu'elle nous renvoie l'angoisse que produit la perception phallique. Ce mauvais objet menaçant est projeté en la figure du chercheur (femme phallique ?). Ces commentaires supposent des difficultés d'abstraction des sollicitations latentes, qui empêchent d'intégrer les éprouvés aux représentations qui émergent.

Le flou de la perception à la planche VII, la planche maternelle, renvoie à une indécision quant à l'identification féminine (« ça pourrait »). Le refus de la planche IX révèle des procédés marquant l'inhibition et l'absence de possibilité de régression à une position passive. Ceci réactive l'indécision à la planche VII, comme un refus de s'identifier à la figure féminine.

Par ailleurs, l'indécision identificatoire et l'absence d'intégration des mouvements agressifs témoignent d'une problématique de séparation d'avec l'objet maternel.

Il y a donc un double mouvement identificatoire : un rejet du côté de l'avoir (avoir le phallus) et une indécision du côté de l'être, de la position féminine (être ou non le phallus), car la figure maternelle est une figure phallique. Ceci est articulé avec une absence de désir de savoir, qui est portée par la pulsion de voir et donc de reconnaître la différence sexuelle.

Le déni de la mise en relation interpersonnelle à la planche III au profit d'une mise en représentation imagée du schéma corporel reflète une problématique narcissique identitaire, matérialisée par le vide de la réponse « radio », comme perception interne de soi. L'absence de référence à des contenus H au profit des réponses A au-delà de la norme est un indice de faux-self que l'on peut mettre en perspective avec l'adaptation de façade supposée à la planche I. L'analyse du Rorschach révèle ainsi que Lysithéa a, de prime abord, une facilité à s'adapter, bien que ce comportement soit plutôt défensif. Cela lui permettrait de faire face à l'angoisse que lui suscite la conflictualité à l'imgo maternelle et à une représentation de soi narcissiquement abîmée.

5. Conclusion de la vignette clinique : désir maternel irrepérable

Lysithéa renseigne sur le devenir du sujet lorsqu'il ne repère pas le désir maternel. Une conflictualité identitaire est repérée. Elle est « solutionnée » par l'incarnation moïque d'une figure sacrificielle et provient de difficultés à accéder à une position féminine/passive stable et sécurisante. Un sacrifice de soi s'exprime par un comportement dans la démesure : « faire plaisir » aux autres au détriment des limites fonctionnelles de son corps, qui lui permettrait de ménager ses douleurs. Ce sacrifice s'interroge à la lumière d'une conflictualité au niveau identificatoire repérable à plusieurs niveaux et s'inscrit dans un besoin de renarcissisation pour pallier un sentiment de dépréciation.

La dépréciation identitaire est en lien avec un sentiment de désaffiliation familiale et son sentiment d'être illégitime en tant que fille. Le discours de la mère est à l'œuvre dans ce délitement identitaire qui se résout par le rôle de mère que Lysithéa incarne dès l'enfance. Une forme d'omnipotence se joue et se repère dans cette contrainte qu'elle s'impose inconsciemment à devoir tout gérer. Ce comportement dans la démesure est ce qui empêche Lysithéa d'accepter l'état d'inactivité dans lequel ses douleurs l'ont conduite. Ne sachant pas mettre de limites, elle se trouve en position sacrificielle de toute-puissance ou d'évitement par le passage à l'acte, soit elle recourt à des formations réactionnelles face à des situations déplaisantes non élaborées. Lorsque Lysithéa a été capable d'arrêter le traitement que le médecin avait mis en place c'est pour se maintenir dans cette omnipotence (« tout faire »).

La reconnaissance, repérée dans la demande consciente, masque une demande de réparation qui s'enracine dans un passé désarrimé de (re)pères symboliques. L'absence de repères internes sécurisants et rassurants se manifeste dans l'instabilité des relations interpersonnelles, qui témoigne d'un clivage objectal. Celui-ci est une manière de repousser l'angoisse que produit l'absence de limite dans le lien à l'autre. C'est pour cela que nous le repérons dans son rapport conflictuel à l'autre, toujours tenu pour responsable. Cela lui permet de préserver une représentation d'elle-même positive, contrairement aux membres sa famille qui sont les mauvais objets, tout comme les médecins.

Néanmoins, ce clivage engendre des passages à l'acte lorsqu'il n'est plus efficace. En effet, l'absence de symbolisation précipite les actes dans le réel au lieu qu'ils s'élaborent sur le plan symbolique. Ses déceptions font alors l'objet d'agir dans le réel sous forme de coupure des liens avec sa famille d'origine (son père, sa mère, sa sœur), mais également dans sa prise en charge.

Elle ne cesse de « demander » quelque chose qui est impossible à satisfaire. Cette absence de reconnaissance sur le plan symbolique est éclairée par une histoire familiale marquée par des apories dans les liens. Sa mère est parlée comme étant plutôt insouciant et irresponsable, et sa figure paternelle est bafouée, reniée par le discours de la mère. Lysithéa coupe les liens avec son entourage, car elle est systématiquement déçue par leurs réponses. Elle acte ainsi dans le réel ce qui devrait s'opérer sur le plan symbolique.

De plus, Lysithéa est aux prises avec un mécanisme d'idéalisation mortifère qui l'empêche de percevoir sa mère autrement que comme une figure qui ne correspond pas à la représentation idéale qu'elle se fait d'une mère. Il en va de même pour son père ou sa sœur, tout comme le médecin ne correspond pas à la représentation idéale qu'elle se fait de sa fonction et de la prise en charge qui devrait nécessairement aboutir à sa guérison. Cet idéal est une représentation, une image qu'elle fait du monde qui l'entoure, comme de sa propre personne. Le rôle de mère parfaite participe à cette valorisation de l'image de soi. Cette impossibilité à se « décoller » de ses représentations idéales dans la relation à l'autre fait émerger une pensée omnipotente qui se formalise par des attentes et des demandes diverses, devenant des impératifs, dont elle ne peut se libérer. Sa recherche de relations fusionnelles et ce rôle de mère parfaite vont dans le sens d'un besoin d'utilité et de toute-puissance de sa présence auprès des autres.

La symbolisation fait défaut. Outre, le clivage, l'idéalisation et le passage à l'acte, cela se formalise par une tendance marquée à la généralisation et à la banalisation des événements (« c'est comme ça » ; « c'est la vie » ; « voilà » ; « on s'y fait » ; « la vie continue »), et l'isolation des affects est en lien avec une peine à associer et à élaborer les événements. L'utilisation des adverbes « voilà » sert à ponctuer cette isolation affective, et à stopper l'élaboration et l'association mentale. Un déni de savoir participe au refus d'admettre que des aspects subjectifs puissent jouer un quelconque rôle dans la fibromyalgie.

Lysithéa manifeste de nombreux mécanismes défensifs, peu matures d'un point de vue qualitatif. L'ensemble de ces mécanismes défensifs sont au service du maintien d'une position sacrificielle, portée par une image de soi sans vulnérabilités, qui masque les manifestations d'angoisse. Le sacrifice de soi, concomitant de l'abandon de sa position infantile dans l'enfance pour incarner le rôle maternel pour ses frères et soeurs, permet alors à Lysithéa de se percevoir comme une bonne personne digne d'être aimée et vient lutter contre cette perte identitaire. La dimension angoissante des planches, mobilisant justement sur le plan latent l'angoisse de castration, étaye sa difficulté à s'émanciper du regard de l'Autre, car elle continue d'y chercher ce qui la définit en tant que sujet. Ceci explique le mouvement de déni qui opère sur le plan du savoir, afin de maintenir le fantasme inconscient que le savoir est chez l'Autre. Comme elle n'a pas accès au savoir qui l'identifierait en tant que sujet (fille illégitime), elle acte dans le réel sa déception impossible à négocier.

Par conséquent, le désir de savoir est entravé et met ainsi en avant des problématiques identitaires. L'absence de repérage du désir maternel l'empêche de saisir ce qu'elle représente dans le regard de l'Autre et porte ainsi cette conflictualité identitaire. Elle est en difficulté à occuper une position subjective passive, car elle est teintée d'angoisses.

Il y a un effet de réminiscence dans l'actuel, par rapport au dévouement et au sacrifice qu'elle a dû faire enfant. Elle paraît prisonnière de l'image à laquelle elle colle depuis son enfance. Elle doit faire pour les autres, elle doit s'occuper des autres, elle doit tout faire. Elle doit faire aujourd'hui pour ses enfants, ce qu'elle a dû faire dans son enfance pour ses frères et sœurs. Elle a un besoin irréprensible de se sentir utile pour les autres. Son sacrifice donne un sens à sa vie. Cette image narcissique est sa manière d'attirer le regard de l'Autre pour se sentir digne d'être aimée. Ceci pousse Lysithéa à incarner le rôle maternel pour ses frères et sœurs et la conduit à régler son propre désir du côté de cet idéal : devenir une mère parfaite. En même temps, elle tente de se défaire de cette image de façon massive, en témoignent les coupures dans le réel de ses relations familiales. Elle ne se sent pas comprise par les médecins qui ne trouvent pas de solutions, de réponse à sa douleur. La toute-puissance qui se manifeste au sein de son moi idéal est le témoin de son désir de se rendre visible dans le regard de l'Autre, qui regarde toujours ailleurs.

Devant la figure du médecin se rejoue le rapport à son image. Elle est dans une confusion de son propre désir, ce qui se réactualise dans sa « demande » au médecin. Elle se montre une bonne patiente, mais inconsciemment elle n'adhère ni à son traitement ni à sa parole. Elle dénonce l'absence d'efficacité des traitements, elle les rend même responsable de la rendre dépendante aux médicaments. Sa *demande consciente* se loge sur le plan somatique. Elle réclame un corps en état de fonctionnement afin de préserver son image de soi omnipotente, car elle lui permet de fonctionner en tant que mère parfaite et femme dévouée. Par le biais de la maladie, elle semble trouver une issue pour se libérer du poids de la mère parfaite, image à laquelle elle ne peut renoncer fantasmatiquement. Le médecin ne regarde pas davantage Lysithéa que sa mère dans son enfance. Le regard de l'Autre se réactualise au sein de la relation au médecin. Tout comme pour le regard de sa mère, elle est absente au regard du médecin.

Au regard de l'ensemble de ces données et de l'analyse que nous en avons fourni, nous pouvons dire que la conflictualité repérée par rapport à la figure du médecin réactive des enjeux narcissiques, puisque le discours de Lysithéa fait apparaître l'image d'une bonne patiente tout en étant dans l'opposition face aux décisions thérapeutiques. Cette indécision face à la figure médicale peut être expliquée par l'indécision qui se manifeste face à la position féminine/passive.

Cette image de femme forte, sur tous les fronts, est ce qu'elle a imaginé d'une figure maternelle idéale, répondant ainsi en positif par rapport aux défaillances maternelles qu'elle dénonce. Cette image ne lui permet pas le moindre répit. Elle paraît forte, bien qu'elle ne fasse que masquer des fragilités narcissiques et des angoisses. Cette manière de réagir est marquée par une immaturité du fonctionnement qui est dans la démesure. Lysithéa ne semble pas en capacité de questionner cela. Par l'analyse de la *demande inconsciente*, nous comprenons pourquoi elle continue d'agir ainsi. Le désir de réparation qui se joue inconsciemment est porté par la demande consciente de reconnaissance de la maladie, à laquelle le médecin tente de répondre sans pouvoir percevoir que Lysithéa est aux prises avec un passé douloureux, dans lequel elle a dû être forte et incarner un rôle qui la malmène.

Par conséquent, cette apparente « compliance » thérapeutique, terme largement utilisé dans le discours médical, n'est pas un gage d'alliance thérapeutique, pourtant fondamentale dans toute prise en charge. Ce qui se joue sur le plan narcissique, une fois analysé, laisse apparaître ce qui se joue sur le plan symbolique, et permet de comprendre les raisons pour lesquelles Lysithéa est en situation de résistance par rapport à tout cela.

II. OPHELIE OU LA PLACE DU SAVOIR

« Pour une fois que quelqu'un m'écoute ».

1. Présentation et repères biographiques

« Alors je m'appelle Ophélie j'ai 45 ans bientôt 46 j'ai 3 enfants qui ont 22 21 et bientôt 16 ans la dernière je suis mariée et depuis 2000 enfin ça a commencé en 2014 mais depuis 2017 j'ai le diagnostic de fibromyalgie voilà ». Ophélie pose rapidement le diagnostic de fibromyalgie, comme si cela lui permettait d'emblée de donner une consistance à ses propos durant cet entretien.

La contextualisation des douleurs s'ancre dans des problèmes de sciatique survenus à son accouchement en 2000. Depuis ce moment, elle se retrouve « coincée », deux fois dans l'année, ce qui la fait rire. Cette situation a perduré 14 ans jusqu'au jour où les douleurs ne sont plus jamais reparties suite à un épisode d'épuisement généralisé. Celui-ci a provoqué une paralysie complète du corps, excepté le bout des doigts et les doigts de pieds. Elle se dit chanceuse d'avoir maintenu la mobilité de ses doigts, puisqu'elle a ainsi pu appeler sa voisine pour qu'elle vienne l'aider. A la suite de cela, elle a été hospitalisée aux urgences où les investigations médicales n'ont pas permis de comprendre ce qui a pu provoquer cette paralysie. Elle a donc été orientée auprès de médecins en service de médecine interne, qui, à leur tour, impuissants face à cette situation, l'ont convaincu d'aller voir un psychiatre. Ce dernier l'a renvoyé auprès d'un rhumatologue, ayant établi le diagnostic. Cette description « vaudevillesque » de sa prise en charge est une constance dans son discours, car nous la retrouvons dès qu'elle rentre dans certains détails de sa vie. Ils nous apparaissent alors complètement décousus.

Au niveau familial, Ophélie dépeint une enfance « normale » marquée par l'absence de souvenirs. Un père quasi inexistant dans le discours et une mère autoritaire cadrent une enfance qu'elle banalise, hors de toute conflictualité. Celle-ci se repère pourtant dans des mécanismes psychiques d'évitement du conflit et dans des acting-out, présents dès l'adolescence, période à laquelle elle prend son « indépendance ». Nous verrons que cette indépendance n'est pas aussi marquée qu'elle nous le verbalise dans le discours.

2. Le lien à l'Autre dans l'enfance : entre oubli et indifférence

2.1. Absence de souvenirs ou ignorance protectrice

Pour aborder l'enfance, notre point d'entrée a été de questionner d'éventuels épisodes de douleurs dans l'enfance. Ophélie explique qu'à part de l'asthme, elle n'a jamais eu de douleurs particulières : *« je suis asthmatique à part des crises d'asthmes mais sinon mais ça c'est vraiment quand j'étais très jeune »*. Nous lui demandons comment ce problème a-t-il pris place dans la famille et elle soulève d'emblée des difficultés à se souvenir : *« alors j'ai pas trop de souvenirs de mon enfance après c'est héréditaire de mon père il est lui aussi asthmatique donc (rire) »*. L'entretien est à ce moment-là fastidieux nous concernant. Elle n'élabore pas autour de nos questions. Ce qui est alors marquant dans son discours est son incapacité à se décoller de la question. Une rationalisation de la situation ou une résistance à aller du côté de l'enfance semblent être à l'origine du blocage associatif. Nous avons rebondi à plusieurs reprises sur ces propos et une question finalement générale l'a aidé à déplier son propos (chercheur : « comment ça se passait justement dans votre enfance, dans votre famille, de façon générale ?). Ce collage à la question de départ apparaît plus comme un défaut de symbolisation que comme un évitement à parler de son passé.

Ophélie souligne la mixité des origines de sa famille (mère allemande et père français). *« Ils ont vécu ici en Alsace quoi (rire) et j'ai grandi là (rire) (silence) et ben ma mère elle a toujours fait des petits boulots après j'ai deux frères plus jeunes (rire) et (silence) voilà des hauts et des bas (rire) je sais pas »*. Une tendance à la généralisation (« voilà des hauts et des bas ») et à la méconnaissance (« je sais pas ») est en lien avec ses difficultés à parler de son intime, et est une manière défensive de mettre fin à cet exercice qui la met probablement mal à l'aise. Les nombreux rires et les silences appuient cette impression de malaise. D'ailleurs, son père ne sera jamais plus évoqué dans son discours. Cette référence aux origines jouerait fantasmatiquement un rôle central. Ses défenses psychiques nous apparaissent dans son discours, comme un évitement en rapport avec la question des origines.

Dans ce passage, elle aborde des faits concis pour ne pas avoir à élaborer davantage : « *ma mère m'a eu très jeune (ton aigu) donc (silence) elle est d'origine allemande (ton aigu) donc elle s'est mariée avec mon père en France (ton aigu) bon après j'ai appris ça tout ça par la suite hein qu'ils auraient dû habiter en Allemagne (prosodie aigu) reprendre le restaurant de mes grands-parents (prosodie aigu) ça c'était pas fait (prosodie aigu)* ». L'emploi de « donc », en tant qu'il est une conjonction amenant une intention de conclure, marque davantage sa résistance à parler de l'enfance. La prosodie aigüe sur certains mots donne au récit l'allure d'une énumération de faits. Celle-ci marque un détachement affectif à son passé. Nous pouvons tout de même repérer qu'Ophélie accorde une importance particulière au fait qu'ils auraient dû vivre en Allemagne et cela résonne avec l'accent qu'elle a d'emblée mis sur la mixité de ses origines. La grossesse de sa mère, tombée enceinte à l'âge de 17 ans, et son mariage avec son père français, sont les raisons qu'on lui a données, dans l'après-coup, pour expliquer que les projets maternels ont été avortés. Ophélie banalise (« ça ») et projette le savoir (« j'ai appris ça ») qu'elle a sur la situation, comme pour éviter à nouveau d'élaborer plus en profondeur.

Elle associe cela avec le choix de ses propres études : « *je savais pas trop ce que je voulais faire et donc ma mère m'a dirigée vers la restauration (rires) bon j'avais peut-être pas forcément envie de faire ça donc j'ai fait mon CAP* ». Le rire et la conjonction « donc » marquent une évidence. Ophélie ne conteste pas la décision maternelle. Un sentiment inconscient de culpabilité pourrait expliquer qu'elle se soit conformée au désir de sa mère, comme si ce projet professionnel était devenu l'objet de la dette familiale et l'objet de réparation du désir insatisfait de sa mère, étant tombée enceinte d'elle très jeune. C'est une attitude passive face au désir maternel qui se joue, ne laissant pas de possibilité pour Ophélie de faire émerger un désir propre, hors du caprice maternel.

Ces deux passages sont également marqués par une absence de désir savoir. Dans le premier c'est quelqu'un qui lui a appris ce qu'elle sait de l'histoire parentale et dans le second passage, elle est dans le non savoir face à son avenir. Ceci accentue encore davantage sa passivité qui s'entend aussi dans le ton employé, très monotone.

2.1. Caprices maternels et soumission

« *Après j'ai toujours trouvé que ma mère était très sévère enfin pff (silence) très sévère elle m'engueulait toujours des fois pour rien je trouvais donc après je sais pas si c'était le fait de m'avoir eu très jeune ou je sais pas* ». Ophélie trouve sa mère sévère, mais revient sur ces propos en les minimisant (« enfin pff »). Ensuite, elle relate les « engueulades » de sa mère dans cette même dynamique défensive (« toujours des fois »), en employant des termes qui s'opposent. Le discours à l'égard de sa mère est très ambivalent. Le jeune âge de sa mère expliquerait la sévérité à son égard (« ou je sais pas »). Cette rationalisation et cette ambivalence devant la représentation de la figure maternelle marquent une conflictualité masquée. Y'aurait-il une culpabilité inconsciente à parler de sa mère en ces termes ?

Nous rebondissons pour lui demander des précisions et elle poursuit sa description d'une femme sèche et autoritaire : « *elle criait assez (rire) (silence) enfin elle a un caractère un peu pète-sec comme on dit donc voilà (silence) et ma grand-mère était aussi comme ça un peu (rires)* ». Le caractère autoritaire est hérité de sa grand-mère. Elle demeure prudente et n'élabore pas plus en profondeur sur cette mère autoritaire, hormis qu'elle impose ses propres choix à sa fille : « *bon caractèremment elle a (silence) enfin c'est comme si elle veut toujours imposer ses choix quoi* ». Sa tendance à nuancer et à minimiser est très présente dans son discours. Elle montre à nouveau des difficultés à donner un avis sur sa mère. Par contre, le ton apathique indique un état d'indifférence affective. Sa mère est décrite comme toute-puissante, inscrite à une place dominante dans la famille. Et face à cette figure maternelle, elle se positionne par une attitude passive : « *je dis oui* » ; « *je la laisse parler* » ; « *je parle pas* ».

« *On dit toujours les relations mères filles c'est pas toujours facile* ». Ophélie rationalise la conflictualité décelée dans le lien, en le rabattant du côté de la normalité. Ces conflits sont banalisés (« toujours un peu ») et généralisés (« on dit »). « *Ma grand-mère était aussi comme ça un peu (rire) donc après je pense par rapport à la restauration* ». Cette référence à sa grand-mère expliquerait l'attitude maternelle, qui ne ferait que reproduire ce qu'elle a elle-même vécu. Ceci viendrait aussi abolir le sentiment de culpabilité qu'elle aurait à parler de sa mère en ces termes, bien que nous repérions également une minimisation à parler de sa grand-mère (« comme ça un peu »). Ophélie est dans l'évitement du conflit et ne semble pas avoir conscience de l'association qu'elle a faite.

Cette attitude défensive lui permet de ne pas se questionner davantage sur la qualité de leur relation et sur leur signification.

« *J'ai fait mon CAP comme ça pour qu'elle me foute la paix (rires) pour avoir mon diplôme pour pas dire que je l'ai pas eu* ». Ophélie repère qu'elle a passé son diplôme pour la satisfaction de sa mère, mais aussi pour sa propre tranquillité. Répondre à la demande maternelle permettrait à Ophélie de se protéger des répercussions que son refus pourrait générer dans leur relation.

L'état d'indifférence affective fait place à des mouvements affectifs lorsqu'elle parle de la fibromyalgie et la place que la maladie prend dans la relation mère-fille : « *alors ça m'énerve quoi j'ai l'impression qu'elle comprend pas quoi (rires) (silence) donc pff je la laisse parler donc voilà quoi (rires) j'ai l'habitude maintenant donc* » et « *je me dis ça sert à rien (rires) donc la laisse parler et je dis oui oui oui oui oui oui* ». Un ton agacé se manifeste contre l'absence de compréhension de sa mère à propos de sa maladie. Elle paraît à minima ressentir de la colère, qui se meut en lassitude et en agacement. Elle aborde aussi les traitements naturels que sa mère souhaiterait qu'elle prenne pour se soigner : « *ça fait quelques années-là elle est dans les produits naturels je fais ouai ok mais bon (rire) c'est toujours le côté financier je dis j'ai d'autres priorités aussi que (silence) que ça quoi* ». Ophélie priorise d'autres pans de sa vie que sa propre santé. Une dénégation est repérable (« oui mais bon »). Nous voyons comment elle tente de se désengager de la demande maternelle, en prétextant un coût financier, qui justifie son refus. Cette absence d'assentiment à la demande est contournée, évitée. Elle ne se confronte pas directement, dans un face à face, à la parole de sa mère, et l'argent prendrait une valeur d'opposition dans leur relation. Ophélie paraît usée de ses réactions mais demeure dans une position passive lorsqu'elle est en sa présence. Beaucoup d'inhibition marque son discours.

Cette posture de soumission lui fait l'économie de la confrontation au désir maternel, donc l'économie d'un choix et de la castration qui devrait s'opérer symboliquement. Paradoxalement, l'absence de renoncement l'empêche de se subjectiver et de venir questionner son propre désir. Le défaut d'élaboration de cette conflictualité met le savoir en échec pour demeurer dans le confort de l'ignorance. La position passive dans laquelle elle se meut la met à l'abri du désir de l'Autre.

Pour se défaire du caractère oppressant des désirs maternels, Ophélie part chez sa grand-mère, qui fait figure de Tiers : « *je suis partie à 18 ans de la maison je suis allée vivre chez ma grand-mère ... pour avoir la paix (rires)* ». Cette fuite est un évitement de conflit qu'elle résout par un passage à l'acte, seule solution pour se distancier de ce lien à une mère omnipotente. Ce passage à l'acte montre que la séparation ne peut pas opérer sur le plan symbolique. Elle acte dans le réel ce qu'elle ne s'autorise pas à dire ou à faire (mettre des limites à sa mère).

Ce fonctionnement s'avère problématique sur le plan somatique car le corps est marqué par une position féminine-masochique. Effectivement, cette position face à la demande de l'Autre réactive la position sadique anale, où la conflictualité prend place dans un certain clivage (je te donne ou je ne te donne pas). Elle paraît dans l'impossibilité d'exprimer ce qu'elle désire, si tant est qu'il y ait autre chose à désirer que le désir de l'Autre ; position subjective caractéristique de l'hystérie.

3. La relation médecin-patient : une position ambivalente face au savoir

3.1. Une relation soignant-soignée ambivalente

a. Avec les médecins

Ophélie relate le scepticisme de certains médecins à l'égard de la fibromyalgie : « *y a même des médecins qui sont encore sceptiques qui s'y croient pas* ». Ceci fait écho à l'absence de compréhension maternelle. Le scepticisme concerne également les effets secondaires invalidants des traitements : « *quand je disais que ça venait des traitements on me disait non non ça vient pas des traitements (silence) alors je disais oui mais quand même* ». Cette peine à se positionner face à la figure médicale témoigne d'une soumission et d'un abandon du corps, comme s'il n'était l'objet que de la médecine. La dénégation est au service de son impossibilité à se positionner dans le refus et dans l'opposition.

« *Beaucoup disent que ouai ils en ont marre les médecins nous prennent pour des idiots* ». Elle paraît épuisée de ne pas être prise au sérieux et parle par identification en faisant référence aux autres patients fibromyalgiques sur qui elle peut projeter ses affects : « *je l'ai vécu enfin on le vit encore* ». La métonymie du « je » au « on » appuie l'identification massive au discours du groupe, ce que l'on retrouve dans le passage suivant : « *moi j'ai l'impression que wouah parce que les médecins sont mieux diplômés que nous on sait rien quoi (rires) donc ça donne l'impression de ça ils sont pas dans notre corps quoi donc* ». Ce discours au diapason donne probablement du crédit et de la consistance à son vécu et son ressenti, mais interroge sur la différenciation sujet/objet et le repérage des limites. Le rire émerge à la place de ce qu'elle ne s'autorise pas à dire. La figure du médecin est prise en dérision et résonne en négatif avec son propre savoir. Cette représentation de la figure médicale omnisciente l'affecte sur le plan narcissique. Cette absence de reconnaissance de son savoir est vécue comme une dévalorisation, en rapport avec des qualifications qu'elle n'a pas. C'est sur la scène médicale que se jouerait son sentiment d'infériorité.

Cette mise en cause du savoir est à nouveau soulevée lors de la proposition médicale d'aller consulter un psychiatre : « *vous allez voir un psychiatre mais ça veut pas dire que vous êtes folle enfin que vous êtes folle entre guillemets ils ont dit quoi mais bon on se sent déjà euh du genre voilà on vous enfin on me croit pas* ». Ophélie s'est sentie rejetée par rapport au savoir qu'elle a sur son corps et ce qu'elle traverse. Qu'est-ce qui est en jeu pour elle ? Pourquoi est-elle autant aux prises avec ce que les médecins peuvent croire ? Cette absence de reconnaissance sur la scène médicale semble recouvrir quelque chose de plus profond, car malgré la situation, elle poursuit son suivi en CETD avec une spécialiste de la rééducation et avec un psychiatre, dans un autre cadre. Ophélie est en admiration face au savoir et aux compétences de cette professionnelle, qui « *a un sacré bagage* ». Le motif de suivi chez le psychiatre est une dépression, « *parce que bon (..) on est toujours dépressif parce qu'on en a marre des douleurs (rires) donc voilà* ». Elle n'adhère pas à ce diagnostic, car cela ne fait pas sens pour elle, en témoigne le rire ironique qui émerge, et le voile qu'elle pose sur cette association. L'utilisation du « on » renvoie à l'identification aux autres patients fibromyalgiques et le besoin de se raccrocher au discours du groupe. Ceci la conforterait à poursuivre une prise en charge à laquelle elle n'adhère pas inconsciemment, comme nous pouvons une nouvelle fois le constater : « *il m'a proposé d'essayer une hospitalisation alors je suis déjà pas très chaud parce que je n'aime pas être hospitalisée enfin je pense personne donc voilà j'ai quand même fait* ». Ophélie adhère à la demande d'hospitalisation du psychiatre, bien que cela lui déplaise. Le recours à la banalisation (« *enfin je pense personne* ») lui permet de rendre son désaccord plus tolérable. Ces nombreux freins inconscients ne font l'objet d'aucune prise de conscience. L'identification groupale est au service de cette économie à questionner plus profondément sa manière d'agir.

Une fois prise en charge par le psychiatre, une étiologie somatique des douleurs est retenue : « *les douleurs ça vient du dos faut approfondir au niveau du dos* ». Ophélie intègre que ses douleurs sont réelles et non imaginaires, selon le diagnostic du psychiatre. Ophélie est en présence de deux discours paradoxaux, car elle a appris par son mari que médecins et psychiatres étaient en opposition sur le diagnostic : « *C'est mon mari qui a entendu que ils étaient pas d'accord avec le psychiatre quoi euh les médecins à l'hôpital quoi* ».

Ophélie est partagée entre le discours des médecins, rhumatologue ou algologue : « *ils disent c'est dans la tête quoi que c'est pas pff (silence) que y'a quelque chose enfin pff comme ils disent quoi ben non y'a rien de particulier* », et celui des psychiatres : « *j'ai parlé avec des psy donc si deux psy disent que ben non c'est bien des douleurs de dos* ». Cette absence de consensus a cristallisé davantage la situation : « *donc ça a pas été plus approfondi que ça* » et dévoile un désir de poursuivre les investigations. Ce fantasme que tout peut s'expliquer de façon rationnelle accentue le refus d'adhérer au diagnostic de fibromyalgie, dont l'étiologie n'est pas clairement établie.

Ophélie adhère à la parole du psychiatre car il ne remet pas en question ses douleurs. Il semble incarner une certaine fonction de contenance. Ce refus d'en savoir plus trouve son refuge au sein de la parole du psychiatre qui la conforte dans l'idée que l'étiologie de ses douleurs (le savoir) se situe bien dans le corps. Le conflit médical la met en difficulté dans son positionnement, car il fait écho à une conflictualité inconsciente en rapport avec le savoir « imposé » par sa mère. Ce besoin de certitude (la douleur se loge uniquement dans le corps) lui permet probablement de préserver son intégrité psychique, menacée par la figure maternelle. C'est un gain narcissique sur le plan identitaire qu'Ophélie recherche inconsciemment.

b. Avec les soignantes

Lors de son hospitalisation aux urgences, Ophélie s'est sentie en difficulté dans sa relation à une soignante. Lorsqu'elle évoque ce souvenir, elle emploie un ton plus fort et plus insistant, et imite les propos de cette femme : « *elle a appelé ses collègues du genre ouai elle bouge pas faut venir m'aider...en fait criait un peu comme ça dans les couloirs* ». Sa demande d'aide est mal vécue. L'attitude de la soignante a provoqué en colère, mais celle-ci est minimisée : « *ça m'a un peu énervé* ». Elle est prise d'un rire nerveux quand elle évoque avoir répondu à la soignante « *vous croyez que ça m'amuse d'être là je préférerais me lever aller aux toilettes que de faire dans le bassin quoi* ». Devant le regard de cette autre femme, c'est un sentiment de honte qui se joue, mais également de rivalité.

La conflictualité interne est mise en scène et se rejoue lors d'une autre hospitalisation. Une autre soignante l'aurait qualifiée de simulatrice : « *elle a dit à ma voisine de chambre comme quoi je simulais les douleurs quoi et les pertes de forces et déjà ça donc ça m'a énervé* ». Elle vit le doute de l'autre sur un mode persécutif : « *elle m'a fait changer de chambre alors que y avait pas lieu* » ; « *le weekend je pouvais rentrer donc ils ont fait ça pendant le weekend* » ; « *j'ai pas apprécié parce qu'il y avait pas besoin* » ; « *J'ai pas apprécié c'est qu'ils ont sorti mes affaires personnelles de l'armoire* ». Cette rivalité féminine fait apparaître un sentiment d'impuissance qu'elle vit dans l'hostilité, également présents dans le passage suivant : « *je pense qu'en tant que patient il faut aussi leur dire ce qu'on pense quoi à un moment donné* ». C'est en tant que patiente qu'elle s'autorise à dire non en tant que sujet. Ceci questionne une image de soi, qui est au-devant de la relation, de façon défensive. Elle désire paraître forte bien que le discours dévoile un vécu relationnel dans l'impuissance, la rivalité et la persécution.

3.2. Une énigme devant le savoir médical

« *Les douleurs ont commencé en 2014 donc ça a commencé par les symptômes de la sciatique que j'ai depuis mon accouchement en 2000 une ou deux fois l'année de temps en temps je suis coincée (rires) ... et là c'est pas parti* ». Les douleurs d'Ophélie ont débuté en 2014 et le diagnostic de fibromyalgie tombe trois années plus tard. La chronicité de ses douleurs est ponctuée par des moments de « crises » comme elle les nomme. Dans ces moments de crises, même la lumière et le bruit lui sont insupportables : « *je supporte plus le bruit la lumière euh dès que je bouge et pff j'ai l'impression qu'on enfin je sais pas comment expliquer (silence) qu'on m'étire le corps ou qu'on me sort les tripes ou qu'on me poignarde* ». Ophélie renvoie de l'agacement dans les onomatopées « pff » et dans le ton employé. L'agacement provient de ses difficultés à élaborer sur ces ressentis qu'elle rabat sur ses sensations corporelles. De plus, elle explique avec un réalisme cru ses douleurs physiques pendant ses crises. Ces signifiants dépeignent une violence qui rappelle des pratiques de tortures, comme au temps de l'Antiquité. Ceci peut traduire une forme de masochisme dans son rapport au corps et à la douleur.

Ophélie associe sur un épisode de paralysie quasi complète du corps, survenue à cause d'un épuisement généralisé : « à un moment donné j'étais vidée comme vidée de force quoi j'avais je me suis assise dans le canapé j'arrivais plus à me lever j'arrivais plus à bouger les bras j'avais juste le bout des doigts que j'arrivais à bouger et les doigts de pieds ». L'épuisement qu'elle traverse est symbolisé par la paralysie du corps. Grâce au bout des doigts encore mobiles, elle a pu appeler sa voisine pour qu'elle l'aide à appeler les urgences : « j'ai pu (rire) appuyer sur les touches j'ai appelé ma voisine ». Le côté dramatique de la situation contient un aspect ironique, appuyé par le rire qui semble traduire une conscientisation de cet événement insolite. Elle n'en dira pas davantage. Nous pouvons comprendre cela comme un recours à un Tiers. Celui-ci fait fonction de témoin, de porte-parole et de médiateur dans le rapport au corps médical.

« On m'a fait tous les examens possibles », « on m'a fait des radios on m'a fait des ponctions lombaires pfff ils ont rien trouvé ils ont fait des prises de sang enfin c'est un peu genre presque oui vous êtes un peu folle ». Les médecins ne trouvent rien et Ophélie associe cette absence de preuves au fait qu'ils la croient folle, que ses douleurs seraient imaginaires. L'absence de preuves est en lien avec l'invisibilité sur les imageries médicales. Celle-ci remet en cause la parole d'Ophélie et l'existence de ses douleurs.

Ophélie décrit ses prises en charge comme des moments complexes : « on a appelé les urgences après on a dû rappeler le médecin on a du enfin c'était un peu complexe quoi (soupirs) » et « j'étais je crois trois quatre jours aux urgences après j'ai pas trop vu le temps passer parce que entre mes douleurs et pas arriver à dormir mais bref (rires) c'est complexe ». Les repères temporels sont bouleversés. La complexité des événements fait appel au vide, au réel hors-sens. L'évitement (« bref »), accompagné d'un rire, fait signe que quelque chose se tait ou ne peut se dire. Le rire chez Ophélie pourrait être la manifestation d'une jouissance, comme manifestation du réel devant le savoir qui se dissimule.

La théâtralité est à nouveau repérable dans le passage suivant : « le centre d'urgences il a dit qu'on devait rappeler le médecin traitant quoi le médecin traitant de toute façon on s'est dit qu'est-ce que vous voulez qu'il fasse je peux plus bouger quoi (rires) donc on l'a quand même appelé donc il nous a dit ben non vous appelez les urgences donc on a rappelé les urgences et après ils ont quand même envoyé les pompiers quoi donc voilà ». Ophélie est renvoyée entre les différents protagonistes.

Elle demeure très descriptive et arrimée aux faits, puis clôt le discours par le voile qu'elle pose sur cet événement. Des rires ponctuent le discours et interrogent sur un possible sentiment de honte face aux propos qu'elle s'entend dire. Le « voilà » dans le discours a une fonction de voile, car il rend opaque la remémoration des événements et des affects associés, et empêche de poser un regard autre qui permettrait de mettre du sens. La factualité et l'anonymisation du discours : « *on a du ... on a du...on devait...on l'a quand même appelé...* » mettent en lumière un mécanisme de projection qui permet probablement de rendre la situation plus tolérable, car elle serait partagée.

De plus, elle parle de sa prise en charge comme autant de moments de complexité et d'impuissance, où il y a, d'un côté, un corps qui lui échappe (« *j'arrivais plus à me lever j'arrivais plus à bouger* », « *je suis coincée* », « *j'étais vidée comme vidée de force* ») et d'un autre côté, une prise en charge hypermédicalisée, entre les investigations médicales (« *examens* » « *radios* » « *ponctions lombaires* » « *prises de sang* ») et les traitements (« *anti-inflammatoires* » « *anti-douleurs* » « *séances de kiné* »). Même la prise en charge psychologique se fait en service de psychiatrie, soit dans un service médical. En questionnant son ressenti par rapport à sa prise en charge, elle nous répond : « *difficile à dire parce que bon (silence) on subit* ». Malgré de longues hospitalisations, des traitements conséquents inefficaces aux lourds effets secondaires, elle se montre une bonne patiente bien que les effets thérapeutiques soient anecdotiques. Elle est dans une compliance face aux médecins et semble être un objet-cobaye, dépourvu de libre arbitre. Paradoxalement, son discours laisse apparaître un lapsus, qui étaye l'hypothèse de demeurer une énigme au regard du savoir médical : « *on a du mal d'être pas comprise* ».

Ophélie évoque des effets secondaires dus à son traitement allopathique, qui lui font perdre tout repère voire toute conscience d'elle-même : « *j'avais des pertes de je ne sais pas comment on peut dire ça de notions certainement* » ; « *je faisais des comas je sais pas comment appeler ça* ». Elle articule ces comas à la prise de ses traitements. Ces comas lui provoquent une sorte de dissociation mentale : « *je m'endormais à un endroit et quand je me réveillais j'étais aux urgences* ». Elle n'est plus Maître de ce qu'elle fait, son corps lui échappe intégralement : « *je sais que j'étais intubée deux fois ou trois fois même je me suis réveillée une fois intubée aux urgences et une fois ils m'ont intubé ben là j'étais à la maison quand ils m'ont ramené à l'hôpital sur le chemin* ».

La dissociation lui permettrait de faire face aux situations stressantes qu'elle ne peut élaborer autrement.

De plus, malgré la gravité des effets secondaires, elle continue de prendre ses traitements. Cette complaisance extrême interroge à nouveau la question des limites. Ophélie pousse son corps dans ses plus profonds retranchements avant de mettre fin à ces souffrances : « *on arrête vous me dites le protocole pour arrêter sinon j'arrête tout d'un coup* ». Les limites sont posées tardivement et s'apparentent à un ultimatum. Ce fonctionnement marqué par la démesure montre que le point d'équilibre psychique est toujours manqué.

3.3. Place de la demande dans la consultation et reconnaissance du savoir patient

Le discours met en lumière la recherche d'une écoute de la part des médecins qui passe par la reconnaissance de la fibromyalgie : « *déjà ce serait bien que la fibromyalgie soit vraiment reconnue parce qu'elle l'est par l'ARS donc la sécurité sociale ils en parlent mais c'est pas reconnu quoi* ». Le scepticisme des médecins est en lien avec l'absence de reconnaissance dont elle parle : « *y a même des médecins qui sont encore sceptiques qui croient pas à la fibromyalgie* ». Ce qui se réitère dans le passage suivant : « *Que c'est que c'est pas que ça vient pas pff enfin je sais pas comment dire enfin que ça vient d'autre chose quoi que ça vient d'une émotion* ». Ophélie manifeste une opposition aux médecins qui supposent une étiologie psychique. Elle demande à ce que la pathologie soit reconnue comme maladie somatique et non psychique. Pourtant, la reconnaissance administrative est actée, puisque la MDPH a validé son dossier d'invalidité : « *je suis suivie par la MDPH parce que j'ai déposé des dossiers donc j'ai la reconnaissance de la qualité du travail handicapé je suis entre 50 et 80% d'invalidité et la sécurité sociale m'a aussi mis en invalidité* ». Ce qu'elle décèle comme un manque de cohérence dans la reconnaissance sanitaire et sociale de la maladie est associé au scepticisme des médecins. Ce doute l'empêche d'inscrire psychologiquement cette douleur dans une mythologie personnelle de la maladie qui apporterait du sens et non de la défiance.

La demande consciente recouvre un besoin de légitimité en tant que sujet malade c'est-à-dire un sujet, ayant un certain savoir sur son corps : *« je suis sur des groupes justement où les personnes ils ont cette pathologie donc on discute ...donc beaucoup disent que ouai ils en ont marre les médecins nous prennent pour des idiots (rire) enfin voilà quoi »*. Si l'identification groupale aide à poser des mots sur le vécu personnel, elle participerait aussi à la surenchère émotionnelle et aurait alors un effet contraire que celui de favoriser une mise en sens.

De plus, Ophélie a des craintes d'être diminuée intellectuellement, qui s'actualise dans la peur de la maladie et d'ingurgiter des médicaments : *« y'a la maladie d'Alzheimer aussi (ton aigu) donc (silence) après dans la famille on a pas personne n'avait ça quoi mais bon ça veut rien dire non plus quoi y'en a qui ont ça précoce et ça commence comme ça par des pertes »* et son propre savoir serait diminué par celui des médecins : *« wouah parce que les médecins (insistance) sont mieux diplômés que nous on sait rien quoi »*. Son désir inconscient semble plus être une reconnaissance de son propre savoir qui a toujours été renié – et par sa mère et par les médecins sceptiques (*« les médecins nous prennent pour des idiots » ; « on ne sait rien » ; « elle m'impose ses choix »*).

Sa demande consciente concerne la reconnaissance de la fibromyalgie. Pourtant, les réponses des médecins ou des organismes sociaux, qui paraissent de prime abord combler ses attentes (hospitalisation, écoute de certains médecins, statut d'invalidité, etc), ne produisent pas de satisfaction. Le transfert générant des affects positifs envers la figure du médecin est plutôt favorable à l'adhésion d'Ophélie à sa prise en charge, mais son attitude de passivité et la demande de reconnaissance de la pathologie continuent de se répéter. C'est pour ces raisons que nous interrogeons cette demande de reconnaissance sur le plan inconscient.

Celle-ci concerne la reconnaissance de son propre savoir. Dès l'enfance, Ophélie s'est refusée à exprimer ses propres désirs, s'effaçant derrière ceux de sa mère en posture de toute-puissance. Devant la figure médicale, son ambivalence se joue également sur le plan du savoir : entre admiration et dévalorisation. C'est la question du savoir médical qui est mis en cause, en comparaison avec son propre savoir sur son corps et ce qu'elle vit. Cette absence de reconnaissance de son savoir est vécue comme une dévalorisation. Ce sont son estime d'elle-même, son intégrité narcissique et son identité de sujet désirant qui sont mises à mal.

Le rapport ambivalent à la figure médicale semble être réactivé par son rapport au savoir dans la consultation médicale. En rejetant son savoir, elle se sent non seulement contrariée et déçue mais surtout très rabaissée : « *moi j'ai l'impression d'être prise pour une imbécile (rire fort) parce que je suis persuadée d'avoir dit ça et on me dit ben non t'as pas dit* ». Le rapport au savoir est d'abord profondément intriqué dans la relation à la mère. Face à la figure maternelle, Ophélie est dans un évitement presque phobique. Elle est résignée et dans une attitude de non-savoir quant à leur relation et la conflictualité qui se joue. Les seules explications qu'elle se donne sont rationalisées et dénuées de tout affect. Ophélie se plie au désir maternel ou le fuit. Il n'y a pas de Tiers qui viendrait nuancer la relation, qui met en scène une attitude clivée, en « tout ou rien ».

Cette lutte se réactualise dans la relation au médecin, qui opère sur une dynamique plutôt asymétrique où Ophélie se montre compliant. Elle est en retrait et dans une attitude très passive face à la figure du médecin, enracinée dans un sentiment d'infériorité face à une figure représentant une certaine supériorité, en lien avec le savoir qu'elle lui suppose. Elle apparaît démissionnaire. Par contre, elle n'élabore rien du côté des éprouvés affectifs. A la place, se manifestent des soupirs, des rires, elle passe du coq à l'âne et elle est détachée de tout repère temporel.

4. Structuration du désir au Rorschach

4.1. Maîtrise de la pulsionnalité et conformisme défensif

Le manque d'associations et l'excès de formalisme sont prégnants dans le protocole d'Ophélie. Ses réponses sont relativement simples et sans associations. Elle débute la grande majorité de ses réponses par : « *ça ressemble ... ça me fait penser ... ça fait la forme ... ça fait* ». Il y a une mise à distance de la projection au profit de la perception, mais également de l'affect au profit de la représentation. Elle fournit 22 réponses au total. Elle se situe dans l'intervalle des normes [13-43], mais un peu en dessous de la moyenne tout de même [28] et le temps de latence est de 11'' et le temps par réponse de 23'25'', soit tous deux dans l'intervalle normatif. Cette apparente adaptation est à relativiser au regard des localisations. Elle a plus souvent recours à des réponses D (D% = 63.64), Dd (13.64%) et Dbl (9.09%), comparativement aux réponses G (13.64%). Sur trois réponses en G, deux sont des réponses banales et une est de qualité formelle indéterminée. Les réponses G sont mobilisées aux planches I et V, planches compactes qui favorisent l'émergence d'une perception globale. Leurs sous-représentations interrogent sur la capacité d'Ophélie à s'adapter à la réalité externe, d'autant que 66% des réponses Dd et 50% des réponses D sont de mauvaise qualité formelle. L'investissement des détails blancs (9,09%) est supérieur à la moyenne standardisée de 2%. A forte représentativité, il est significatif de la présence de résistances au matériel. Ophélie est mobilisée par le détail blanc aux planches II et VIII. L'apparition de la couleur rouge marquerait une conflictualité d'ordre pulsionnelle.

L'entrée en contact d'Ophélie avec le matériel (planche I) est plutôt aisée (7''). La réponse banale : « *ça ressemble à un papillon* » témoigne du caractère adaptatif du fonctionnement psychique, à moins que ce soit plutôt un conformisme exacerbé qui se joue en comparaison des autres données quantitatives dégagées. D'ailleurs, les banalités apparaissent quatre fois dans le protocole, ce qui représente 18,18% des réponses. Ce qui est largement au-dessus de la moyenne (5%). « *Y'a toujours un peu les mêmes formes qui reviennent (3'')* ». La répétition de la réponse témoigne d'un besoin de maîtrise sur le monde interne, pulsionnel. Elle s'apparente également à du déplacement. Cette opération psychique a pour but de localiser l'angoisse sur un objet externe.

Les planches V, VI et VIII font référence à l'insecte ou la bête volante et les planches I, III et V font référence au papillon. Ces répétitions de contenus ont une valeur de contre-investissement, des images refuges écartant la dimension symbolique qu'elles pourraient représenter.

De plus, la planche V nous donne des indices quant aux mouvements défensifs. Sa difficulté à percevoir une image claire et cohérente (« Ça me fait penser à un insecte (rires) ») serait le témoin de l'échec de la secondarisation des processus psychiques, suite aux fortes mobilisations de la planche IV.

La kinesthésie est partielle (9,09%) ou se loge dans une réponse A (animal) (4,55%). Le faible pourcentage montre peu de mouvements projectifs. Ophélie est plutôt focalisée sur l'aspect perceptif, car 90,91% des réponses se basent sur la forme (F% élargi = 100%), ce qui pourrait mettre en exergue un formalisme accru, un besoin de contrôle et une soumission au principe de réalité au détriment du principe de plaisir.

Le protocole contient 45.45% de réponses A, dont une en Ad, 27,27% de réponses Hd (pas de H) et 27,27% de réponses Anat. Les réponses A sont à 75% de bonne qualité formelle, les réponses Hd à 66,67%, alors que les réponses Anat sont à 83,33% de mauvaise qualité. La simplicité des réponses A confère un aspect trop normatif au protocole et révèle un conformisme important, car elles sont également très peu élaborées. L'absence de mise en relation et de référence à des contenus humains entiers au profit de représentations fragmentaires interroge sur des difficultés potentiellement identificatoires. Les réponses Anat apparaissent aux planches III, VII, VIII, IX, X, soit aux planches les plus « ouvertes » selon Chabert (1983), et majoritairement bilatérales (III, VII et VIII), qui mobilisent l'identification maternelle et la relation spéculaire, et aux planches pastel, favorisant la régression et l'émergence d'affects. Ces références fréquentes à l'anatomie, appuyée par un indice d'angoisse très élevé de 54,54% indiqueraient une conflictualité identificatoire importante à l'objet maternel.

De plus, leur mauvaise qualité formelle nous fait davantage pencher vers des apories du côté des identifications précœdipiennes, du côté du corps et de l'image de soi. Il y a quelque chose de très archaïque et en même temps desaffectivé, car il n'y a aucune mobilisation d'affect ou d'adjectif qui viendraient qualifier les perceptions. La dimension spéculaire est évincée au profit d'une projection plutôt narcissique mais apulsionnelle.

4.2. Conflit identificatoire à l'imagen féminin et emprise maternelle

A la **planche I**, la seconde réponse est obtenue par la perception du détail (D1) : « *comme des genres de mains au bout* ». Elle précise à l'enquête : « *comme si on veut attraper quelque chose* ». Cette tendance kinesthésique montre qu'il y a de la projection et qu'elle s'en défend en contre-investissant une représentation rassurante (« un papillon », rép.1). Ces mains, dans ce mouvement de saisie, nous interrogent sur leur fonction au regard de la sollicitation latente du matériel qui mobilise les relations précoces à la mère (emprise ?).

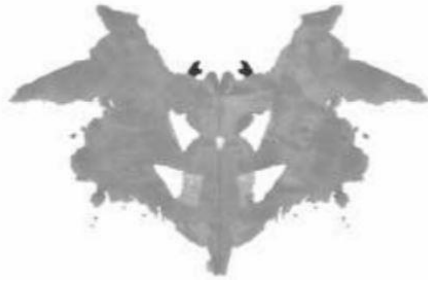


Planche I, détail D1

La seconde réponse de la **planche II** en D4 (« *ressemble comme si y'a des mains qui font comme ça quoi qui se serrent les mains* ») apparaît comme un effet de contamination par rapport aux mains perçues à la planche I (« *comme si on veut attraper quelque chose ça fait comme ça quoi* »). A la planche I, les mains attrapent quelque chose, mais à la planche II, elle se rejoignent. Il y a comme une ambivalence entre contenance et maîtrise, voire un mouvement défensif entre les deux perceptions. Au regard des sollicitations latentes, cette ambivalence a probablement des effets au niveau de ses propres possibilités identificatoires à une figure féminine stable et donc l'accès à une position passive rassurante.

Une raie est perçue dans la grande vacuité blanche en Db15 est contient une symbolique forte du côté de la castration. Le malaise d'Ophélie est repéré par un rire et une inhibition : « *alors au centre je vois plus un genre de raie après autour (7'') ben à part des taches euh (rires) rien d'autre (5'') nan* », surmontée par une autre perception : « *ça ressemble comme si y'a des mains qui font comme ça quoi qui se sert les mains* ». Ces mains, qui se rejoignent et qui enveloppent la béance blanche, comblée par la perception de la raie, ont une fonction de contenance face au vide et au manque. Une problématique de castration est repérée, redoublée par une difficulté à faire émerger des contenus à valeur agressive.



Planche II, détail D4



Planche II, détail Db15

A la **planche III**, la référence à « *la forme d'un papillon* » dans le détail rouge en D3 indique qu'Ophélie inhibe la prise en compte de la couleur, même si à l'enquête elle précise : « *le papillon en rouge* ». Ensuite, elle centre sa réponse sur un détail de la planche (Dd5). « *Ça ça fait genre une jambe avec une chaussure à talons aiguilles* ». La représentation humaine est réduite à une partie du corps. Cet évitement de la specularité est assez significatif à cette planche. Le symbolisme phallique à valence plutôt agressive peut appuyer une problématique à intégrer les mouvements pulsionnels à valeur agressive et appuie un conflit identificatoire. Ce conflit concernerait une représentation féminine phallique (« *talon aiguille* »).

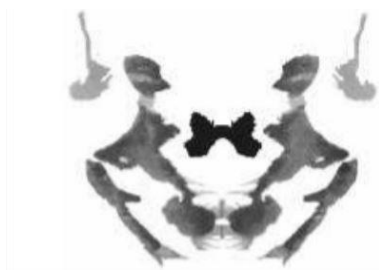


Planche III, détail D3

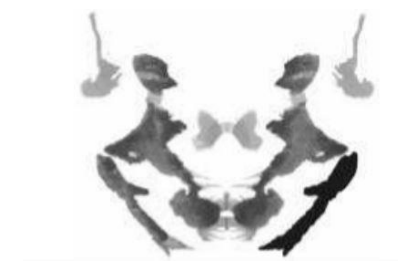


Planche III, détail Dd5

La **planche VII** encourage la projection : « *là y'a une partie ça fait plus deux visages là qui se regardent* » dans le D14 et contient une kinesthésie mineure. C'est spécifiquement le regard qui est mobilisé. La symbolique du féminin à cette planche est mobilisée en seconde réponse autour de l'image du bassin, perçue dans le détail noir (D4) : « *le reste pareil ça ressemble plus à ça me fait penser à l'os du bassin (rires)* ». La cavité ne sollicite aucune perception, à moins que la centration scopique sur le détail du haut ou le détail du bas sert à éviter la perception de la béance centrale. Une angoisse du vide pourrait prendre place à l'endroit de la symbolique féminine ou maternelle. Les deux visages qui se regardent, témoigneraient alors d'un assujettissement au regard maternel.



Planche VII, détail D14



Planche VII, détail D4

A la première **planche VIII**, il y a un repérage de la specularité : « *on dirait une bête là à quatre pattes enfin de chaque côté parce que c'est un reflet miroir (5'') ouai comme si ça grimpe une montagne ou quelque chose* » en Dd21. Elle explique cela par une image reflétée dans un miroir. Cette centration sur la specularité fait apparaître une conduite d'évitement, révélant qu'elle recouvre une conflictualité avec l'objet. Probablement que la perception d'une représentation de soi unifiée vient lutter contre une conflictualité objectale, impossible à négocier voire même à conscientiser.

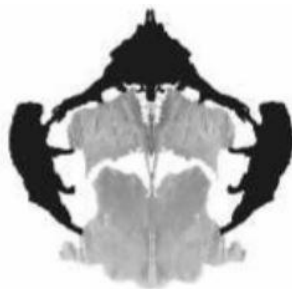


Planche VIII, détail Dd21

La seconde réponse : « *un insecte volant au milieu le blanc* » est repérée dans le détail blanc (Db132) mais n'est pas une réponse fréquente ni de bonne qualité formelle. Cela nous apparaît alors plutôt comme une tentative de combler le vide, sauf qu'elle est mise en échec. Cet évitement suppose une difficulté à considérer les attributs féminins comme possibilité d'identification. Elle évite totalement la couleur pastel, la régression paraît ainsi entravée, car les interactions précoces apparaissent peu sécurisantes.

De plus, cela peut être interprété symboliquement comme un désir de s'échapper ou de s'envoler de ses propres ailes, mais ce désir est enclavé.

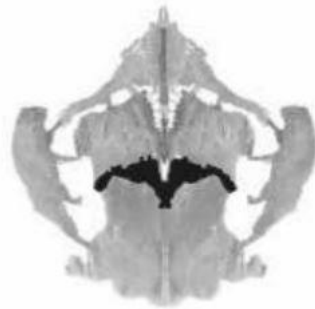


Planche VIII, détail Db132

4.3. Instabilité de l'image narcissique

La **planche V** témoigne d'un conflit entre une image de soi sombre, fragile et une autre forte, grandiose, ou alors une tentative de restaurer une image de soi plus consistante (nuit vs grand) : « *un papillon de nuit les grands* ». Il semble que des procédés dépressifs sont en jeu (« nuit ») à moins que ce soit de l'angoisse.

En effet, le symbole de puissance mis en échec à la planche IV semble s'actualiser dans la figure du papillon (« grand »), mais dans une perception narcissique, plus conciliable avec le moi. Et, la réponse banale à la planche VI : « *peau d'ours ... devant la cheminée (rires)* », viendrait apaiser le conflit narcissique à la planche V.

A la **planche III**, Ophélie fait référence à l'ossature en D7 : « *Ça ça me fait penser à l'os du bassin* ». Celle-ci est en lien avec une identification narcissique archaïque et desaffectivée, car la régression a lieu sur le réel du corps. Ce que nous retrouvons à la **planche IX**, où l'axe symétrique favorise la perception de son dos : « *comme si c'était mon dos* » en D5, à partir de la colonne vertébrale et du bassin (à l'enquête), témoignant d'une identification narcissique réduite au réel du corps (schéma corporel). La persévération thématique à la seconde réponse : « *enfin c'est toujours le comme dit l'os du bassin (18'') je vois pas* », conforte une problématique identificatoire féminine abolissant la possibilité de l'édification d'une image de soi stable.



Planche III, détail D7

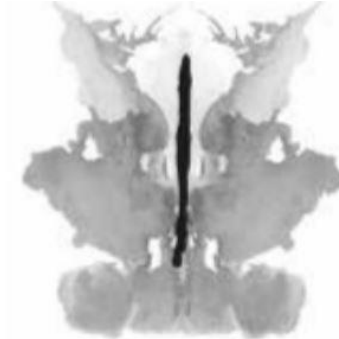


Planche IX, détail D5

A la **planche III**, l'os du bassin (D7) unifie la perception au niveau de la zone qui rassemble les deux parties de la tache, mécanisme qu'elle reproduit à la **planche IX** en D6. L'évitement d'une identification aux deux silhouettes humaines à la **planche III** interroge d'une part le rejet de la spécularité et donc de la possibilité identificatoire, et d'autre part, une possible confusion entre soi et l'autre, mais également une lutte contre une angoisse de morcellement. La mise à distance de la spécularité est réitérée à la **planche IX**. L'image de soi serait absente au profit du schéma corporel. Une problématique identitaire semble se jouer, car aucun mouvement pulsionnel et projectif n'est repéré à cette planche.



Planche IX, détail D6

A la **planche X**, les mouvements projectifs se situent sur l'intérieur du corps morcelé. La première perception est dédoublée, entre D11 et D42 : « *ça ça fait un peu la trachée, les poumons (rires) on va dire en noir et blanc et en rouge c'est représenté en couleur la même chose* ». De plus, elle évoque du rouge à la place du rose, comme si elle avait déplacé la valeur libidinale du rouge, inhibé aux planches précédentes. La pulsionnalité se réveille. C'est la seule fois où elle évoque le corps du côté du vivant (les poumons) et non de la mort (squelette). Elle ne repère des contenus qu'au sein des couleurs noire, blanche et rouge. Ce qui nous fait penser que la conflictualité interne se joue entre des mouvements dépressifs et des pulsions agressives, potentiellement réanimatrices du côté de la vie, mais fortement réprimées.



Planche X, détail D11



Planche X, détail D42

La seconde réponse : « *ça fait plutôt à chaque fois comme des organes* » est localisée en D2 et D3, où elle perçoit respectivement le foie (à l'enquête) un os de l'oreille (à l'enquête). Elle accentue une préoccupation pour l'intérieur du corps qu'elle amenuise par une rationalisation : « *je regarde beaucoup de séries médicales c'est pour ça (rires)* ». Les réponses de mauvaise qualité formelle marquent les difficultés à ressentir une cohésion corporelle et supposent une relation hypocondriaque à son corps. Une mauvaise intrication pulsionnelle laisserait Ophélie sans possibilités de négocier avec son monde pulsionnel, nécessairement violent et effractant.

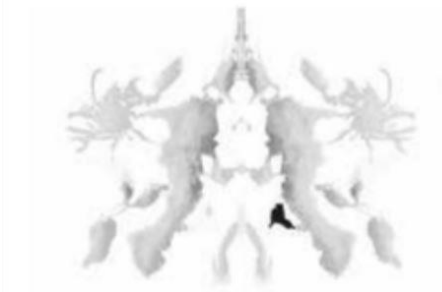


Planche X, détail D2



Planche X, détail D3

4.4. Angoisse de castration de l'imaginaire maternel phallique

« *Ouh là (rires)* » est la réponse « choc » d'Ophélie à la découverte de la **planche IV**. Cette émergence primaire indique la défaillance de la secondarisation à ce que la planche sollicite au niveau phallique, d'autant que la perception se focalise sur la partie supérieure en D3. « *Quand j'ai vu la tête là ça m'a fait penser à une image un castor couché qu'on voit du bas vers le haut c'est exactement la même forme* ». A l'enquête, elle repère des yeux qui ne se voient pas (« ben les yeux on les voit pas »), un museau et des dents (« c'est le museau là et ça c'est les poils de côté puisqu'on le prend comme ça du bas et puisqu'ils ont un bec enfin les dents un peu comme ça allongés un peu c'est des dents là devant quoi (rires) les dents c'est le clair ça pourrait être comme les dents c'est marrant des fois les images qu'on a toutes (rires) »).

D'une part, quelque chose semble se jouer au niveau de la dimension scopique, de façon défensive, comme si elle tentait de dissimuler une représentation dérangeante à son propre regard. D'autre part, Ophélie est dans l'hésitation entre deux représentations (« puisqu'ils ont un bec enfin les dents »). Ce n'est pas une annulation rétroactive de la perception, mais plutôt un échec de la tentative de mise à l'écart de la représentation à valeur agressive (les dents). Il y a l'idée de la dévoration et en même temps, celle de la domination et de la puissance, qui peuvent être associées aux dents allongées. De plus, la mauvaise qualité formelle et sa certitude (« *c'est exactement la même forme* ») accentuent l'évitement presque phobique de la partie phallique et du côté angoissant de la forme globale, mobilisant des images de puissance, de forces et de domination. Au regard des précédentes planches, nous l'interprétons comme une problématique identificatoire à l'imago féminin phallique.

La seconde réponse éclaire cette problématique identificatoire de façon magistrale : « *peut-être ça à la rigueur un petit doigt levé là comme ça l'os* » qu'elle repère dans le petit détail (Dd21). La représentation phallique est possible uniquement à être réduite à un petit doigt, un bout d'os. Une forte maîtrise de ces sollicitations internes se confirme. Nous pouvons supposer que la symbolique de la dévoration, mise en perspective avec l'image phallique minimisée, met en scène la perception de la figure maternelle phallique ; le petit doigt ou petit bout d'os, évoquant plus une perception clitoridienne que pénienne (les deux à valeur phallique).



Planche IV, détail D3

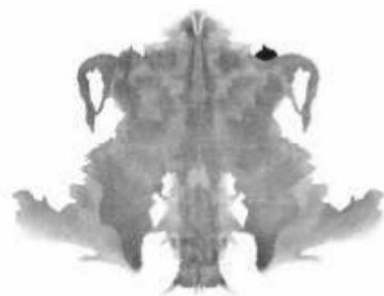


Planche IV, détail Dd21

A la **planche VI**, suite à une réponse banale chaleureuse et enveloppante, le regard d'Ophélie est mobilisé par la dimension symbolique du stimulus en D3 : « *je sais pas une bête avec des moustaches de chaque côté je sais pas y'a comme 2 yeux là-haut (5'') une petite bête volante avec des moustaches (rires)* ». Le flou de la perception nous indique une indécision par rapport à l'identification sexuelle. Les moustaches entourent la partie phallique qui est minimisée (« petite bête »). Comme à la planche IV, l'identification masculine est envisagée si tant est qu'elle soit très à distance de significations de puissance, de domination ou de force.



Planche VI, détail D3

La répétition/persévérance des réponses témoigne de l'envahissement des préoccupations identitaires féminines, marquées par une forte mobilisation des images du corps réel et apulsionnel (os du bassin), et par des représentations plutôt banales comme des bêtes ou insectes volants (planches V, VI, VIII). Cette oscillation entre le dedans et le dehors traduit une impossibilité à investir les limites du corps assurant une certaine contenance qu'elle recherche ailleurs.

De plus, Ophélie souffre de douleurs chroniques localisées majoritairement au niveau dorsal. La projection de son dos, à la **planche IX** est une manière pour Ophélie de rendre sa douleur, invisible au regard de l'imagerie médicale, visible à son propre regard. Cette projection serait une manière de se représenter sur le plan scopique cette douleur « invisible » sur le plan iconographique. En même temps, les difficultés à accéder à une image de soi unifiée hors d'un regard pour l'authentifier renvoient Ophélie à une problématique d'angoisse de castration à l'objet scopique. C'est-à-dire que ce qui est questionné est la difficulté de vivre hors du regard maternel.

4.5. Synthèse du Rorschach

Le Test du Rorschach met l'accent sur des problématiques identificatoires à l'imagen féminine/maternelle et révèle la rigidité des mécanismes défensifs, voués à l'assèchement des représentations à valeur agressives ou pulsionnelles. Plus le sujet est dans une attitude défensive à l'égard du monde et de ses propres fantasmes, plus le risque de résistance est élevé et Ophélie manifeste de nombreux mécanismes défensifs, peu matures d'un point de vue qualitatif. De fortes résistances au matériel projectif sont repérées dans la centration sur des détails blancs, supérieure à la moyenne, mais également dans les émergences de rires. Ophélie paraît gênée ou dérangée des représentations qui se réactivent et qu'elle s'empêche de narrer ou de projeter. Ceci montre des difficultés d'adaptation à la réalité interne.

L'ensemble du protocole est plutôt desaffectivé et apulsionnel, et la mise en relation est évincée au profit d'un investissement narcissique, mais apulsionnel. Le thème récurrent du corps met en exergue une pauvreté du monde interne, imaginaire et fantasmatique. Ceci révèle que sa capacité à s'adapter à la réalité externe (par le nombre réduit de réponses globales) n'est possible qu'en exerçant une maîtrise sur son monde interne, pulsionnel. Son sentiment de sécurité interne apparaît ténu. Nous retrouvons des manifestations d'angoisse, qu'elle déplace au sein de représentations plus conciliables (insecte, bête volante, papillon), qui se répètent et ont une fonction de contre-investissement.

Les planches bilatérales montrent de grandes difficultés à identifier de l'autre et aucune mise en relation n'est réalisée sauf à la planche VII où les deux visages se regardent. La dimension scopique intervient comme fondatrice d'une identité, or, elle est profondément mise à mal. L'autre paraît être une altérité étrangère et menaçante. La dimension spéculaire est évincée au profit d'une projection plutôt narcissique mais apulsionnelle. Celle-ci paraît fragmentée, probablement articulée à une angoisse de morcellement, et serait liée à une problématique identificatoire féminine, car la figure maternelle phallique apparaît comme dévorante. Cette conflictualité identificatoire à l'objet maternel est étayée par l'émergence d'un niveau d'angoisse excessif (54,54%) et par la difficulté à intégrer les mouvements pulsionnels à valeur agressive et pulsionnelle. Ce conflit concernerait une représentation féminine phallique.

Par ailleurs, le protocole éclaire l'ambivalence de l'image de soi, entre un versant grandiose et un versant fragile, qui appuie d'autant plus l'impossibilité pour Ophélie d'avoir recours à une image de soi stable. Elle est également repérée à travers les réponses *Anat*, rabattues du côté du réel, qui laissent à penser que l'image de soi ne fonctionne pas comme protection narcissique. De plus, Ophélie est en lutte contre une imago maternelle oppressante qui est identifiée du côté de la femme phallique (identification masculine). Ceci explique que l'image spéculaire ne fonctionne pas comme possibilité de se représenter soi face au monde.

5. Conclusion de la vignette clinique : Savoir maternel en excès

Ophélie nous permet de comprendre comment le savoir maternel lorsqu'il s'impose à la psyché est source d'angoisses. Elle présente de grandes difficultés à se positionner dans la relation à l'autre, car elle est prise dans des enjeux inconscients mettant en lumière les incidences du caprice de l'Autre maternel sur le processus de subjectivation.

L'attitude de soumission et l'absence de conflictualité dans le lien à l'Autre sont expliquées par la présence d'une figure maternelle phallique, incarnant une figure d'omniscience et d'oppression qui impose ses propres désirs. Ophélie acte dans le réel ce qu'elle ne peut négocier sur le plan symbolique par le recours à des défenses narcissiques, comme une dissociation qui se manifeste lors de situations stressantes ou encore le clivage entre bons et mauvais objets.

D'une part, les effets de cela s'immiscent dans la tournure que prend le discours. Nous repérons des difficultés d'élaboration et un besoin d'étayage. L'attitude rigide de sa posture tout au long de l'entretien est à l'image de sa parole plutôt monotone, pendant la majorité de l'entretien. Une rationalisation et une isolation affective sont présentes de façon massive dans l'aspect descriptif que prend le récit. Le discours est très inhibé lorsqu'elle est questionnée sur ses éprouvés ou sur ses impressions, ce que nous constatons par l'emploi des nombreux « voilà » qui opacifie son récit. Cette rationalisation participe à la désertification affective de la remémoration des événements de vie. En revanche, à des moments de l'entretien, les défenses deviennent plus labiles. Elles laissent apparaître un flou dans le discours, un flou dans les repères temporels, une focalisation obsessionnelle sur des détails de l'histoire et des émergences de rires. Ces nombreux rires dans le discours laissent apparaître un malaise intérieur à parler de son intime et font signe d'une jouissance, qui se manifeste à la place d'une élaboration affective de la situation ou lorsque le corps se retrouve immobilisé ou en état de douleurs.

D'autre part, son discours évitant durant l'entretien suppose que le discours maternel continue de s'imposer à la psyché et l'empêche de dire, puisqu'elle est dérangée de parler de sa mère en des termes péjoratifs. Elle semble en lutte contre une imago maternelle oppressante qui est identifiée du côté de la femme phallique (identification masculine) qu'elle se refuse à affronter. Par ailleurs, elle évoque une relation jalonnée de désaccords, bien que la conflictualité soit quasiment irrepérable. Au niveau inconscient, les sources de tensions sont voilées, mais l'analyse du discours appuie l'idée d'un impératif du côté maternel et une difficulté à se subjectiver du côté d'Ophélie. L'évitement du conflit permet à Ophélie de demeurer dans une attitude soumise face à sa mère. Aujourd'hui encore, elle se montre conciliante et compliante face à sa mère. Ophélie n'instaure aucune limite. Non seulement, elle la laisse parler, c'est-à-dire qu'elle autorise l'intrusion, mais en plus, elle acquiesce les propos maternels. Ophélie est aux prises avec le désir maternel et a de grandes difficultés à s'en déprendre : elle refuse consciemment que sa mère lui impose ses désirs et ses choix, mais elle est dans l'incapacité de s'y opposer. Le père semble absent à son rôle de Tiers. Elle se retrouve ainsi dans l'incapacité d'amener une parole, qui viendrait marquer sa différence.

Les difficultés à accéder à une image de soi unifiée hors d'un regard pour l'authentifier renvoient Ophélie à une problématique d'angoisse de castration à l'objet scopique. C'est-à-dire que ce qui est questionné est la difficulté de vivre hors du regard maternel. De plus, son corps paraît même se substituer à une image narcissique instable et appuie un clivage corps/psyché. Ceci empêche l'articulation de son histoire infantile avec sa vie actuelle. Son corps revêt une fonction de vecteur émotionnel, dont l'intensité est mise en exergue par les mots qu'elle emploie pour décrire son ressenti. Elle évoque des pratiques antiques de tortures, comme l'éventration ou l'écartèlement. Le cri de la douleur est d'une cruauté inouïe. C'est comme si le discours manquait d'enrobage. Elle est prise dans l'exhibition de sévices, dont le corps porte les marques. Elle évoque aussi des épisodes d'épuisement intense ayant provoqué une paralysie presque totale du corps. Celui-ci s'apparente à un corps en érection, rigide ou immobile, pour un temps, puis vidée de son énergie. Cette démesure tant dans le discours que dans le rapport au corps relève de la présence du moi idéal non limité par la dimension symbolique.

Face à la figure du médecin, nous retrouvons les mêmes attitudes et mécanismes défensifs. Elle utilise des mécanismes défensifs qui témoignent d'une conflictualité passive par rapport à la figure médicale : clivage, dissociation, rationalisation, évitement. La relation au médecin fait émerger un sentiment d'infériorité et dénonce cette suprématie à laquelle, pourtant, elle se plie. La relation patient-médecin montre également une conflictualité banalisée, rationalisée et inconsciente. Des difficultés d'adaptation à la réalité externe se formalisent dans les épisodes de « comas » où elle se retrouve intubée, aux urgences, complètement désarrimée de repères. Dans ces moments dissociatifs, un abandon du corps à la médecine se joue. C'est lui qui décide de l'ensemble de la prise en charge dont Ophélie semble totalement détachée et « esclave », en témoignent les hospitalisations qu'elle ne désire pas ou les traitements qu'elle prend alors qu'elle ne les supporte pas. Si ces mécanismes protègent transitoirement son intégrité psychique, ils ne sont pas efficaces sur le long terme. Elle est dans l'abandon de son corps à la médecine et totalement passive dans sa prise en charge. C'est lorsqu'elle a mal qu'elle paraît pouvoir ressentir son corps, comme si la douleur avait une fonction de cimenter l'esprit et le corps.

Un clivage entre bons et mauvais médecins s'opère entre ceux qui soutiennent et ceux qui ne soutiennent pas sa parole, et par contingence son propre savoir sur sa douleur. C'est ce clivage qui montre qu'elle est dans une attitude de passivité, avec les médecins perçus comme bons objets, nuancée par des moments d'oppositions vécus dans une certaine violence (impuissance, honte, persécution), en face d'un Autre, considéré comme le mauvais objet de la relation. Le savoir semble faire l'objet d'une compétition entre les médecins, supposés le détenir, et Ophélie, en tant que patiente, supposée ne pas l'avoir, et Ophélie en tant que sujet de l'inconscient, ayant un certain savoir qu'elle ignore. Cette situation réactualise le rapport à sa figure maternelle omnisciente. Ophélie est dans une position passive marquée par un masochisme moral face à l'Autre.

Ophélie semble vouer au médecin une confiance aveugle, qui d'avoir été plusieurs fois bafouée, a fait naître une ambivalence son égard. La toute-puissance supposée chez le médecin ravive celle de la mère à l'époque de dépendance. Cette position passive indique qu'elle est aux prises avec le désir de l'Autre, mais tente de s'en défaire par la fuite, d'où l'ambivalence parfois du discours ou par l'évitement de conflit. Le médicament est un symbole de cette toute-puissance maternelle déniée et transféré, répondant à la pulsion orale. Chez Ophélie, le médicament n'est jamais efficace, au contraire, il lui procure tout un tas d'effets secondaires, notamment, des pertes de mémoire, des fugues dissociatives et des sortes de comas. Pourtant, elle continue de les prendre. La pulsion orale semble se satisfaire d'un ratage.

Le savoir de l'Autre lui fait ressentir de l'hostilité. Elle se sent narcissiquement rabaissée et ceci fait émerger des résistances au sein de la relation thérapeutique. Un sentiment d'infériorité au niveau narcissique se mêle aux éléments inconscients dans le lien à l'Autre, et infléchit le positionnement dans le transfert, du côté de la relation narcissique à l'autre. Cette rupture épistémophilique empêche la mise en place d'une relation de confiance. La figure du psychiatre qui est une figure de secours et de bienveillance, mais surtout une figure Autre qui porte sa parole, permet une réactivation d'affects positifs au sein de ce lien transférentiel. Ceux-ci favorisent à leur tour l'instauration d'une relation de confiance.

La place dans le désir de la mère est réactualisée par sa place dans le désir du médecin : qu'il reconnaisse son savoir là où la mère a échoué. Sa « demande » consciente qu'elle adresse au médecin recouvre une demande de reconnaissance, ancrée dans un rapport d'emprise au désir maternel. La « demande » inconsciente concernerait l'intervention d'un Tiers dans la relation mère-fille, qu'elle manifeste au travers de son besoin de reconnaissance auprès de la figure médicale. C'est son identité de sujet désirant qu'elle interroge sur le plan inconscient.

Une attitude passive et soumise dans le colloque médecin-patient n'est pas de bon augure pour un investissement de soi dans le parcours thérapeutique. L'éducation thérapeutique du patient, véhiculée dans les discours sociaux et médicaux, est donc à relativiser, spécifiquement lorsque le sujet de l'inconscient présente une position passive marquée et des problématiques, liées à se défaire de l'emprise du désir de l'Autre. Le lieu de la rencontre médecin-patient fait alors émerger une conflictualité préœdipienne. Ceci met en lumière que la figure médicale est à une autre place, celle d'une place Autre, et que dans la relation spéculaire, la manifestation de son désir apparaît comme une défense contre le désir de l'Autre qui exige et qui impose (sa mère dans l'enfance). Cette image de soi prise dans les enjeux de rivalité narcissique s'efface lorsque la fonction de l'Autre apparaît et elle paraît régresser jusque dans des manifestations somatiques, dans le sens où le corps fait fonction de limite ; un corps marqué par la douleur.

Cette dualité sur laquelle prend place le transfert cristallise les blessures narcissiques de l'enfance et voue également le sujet à l'évanouissement, à l'abandon, devant la figure de l'Autre. Ceci fait émerger des résistances au moment où le versant narcissique de la relation se joue, alors que, dans le rapport à l'Autre, la position passive produit un effacement de soi. Ceci témoigne de l'abandon qu'elle manifeste dans les soins face à la figure médicale et indique des difficultés à prendre une part active dans son parcours thérapeutique.

III. CALYPSO OU LA RESILIENCE

*« La reconnaissance
ce qui est toujours peut-être finalement lié au chemin personnel »*

1. Présentation et repères biographiques

« Je m'appelle Calypso j'ai 40 ans encore j'habite à ... je suis séparée et j'ai un enfant et je travaille actuellement en tant qu'accompagnant d'élèves en situation de handicap ». Calypso est séparée et ce besoin de le signifier dans le discours prend place plus largement dans son histoire familiale. Non pas que ses parents soient séparés, mais elle explique qu'elle a toujours été prise dans les histoires d'adulte, ce qu'elle déplore. Ayant un enfant, la séparation conjugale résonne affectivement sur ce qu'elle a vécu et savoir que son fils pourrait également vivre les histoires d'adulte comme un poids, la questionne beaucoup.

Calypso corrèle l'apparition de ses douleurs à l'adolescence à un contexte plurifactoriel : *« ça a vraiment été le déclencheur cette douleur pas soignée le déménagement la persistance des douleurs le changement de vie ».* D'une part, son récit décrit une étiologie somatique et physiologique. Elle relate les effets secondaires de l'hydroxyde d'aluminium contenu dans un vaccin qu'on lui a administré à deux reprises à l'adolescence, qui pourrait prédisposer à des terrains hypersensibles. Elle évoque également une cheville foulée mal soignée, dont la douleur a persisté pendant quelques temps. D'autre part, elle évoque le contexte familial, car il y avait de nombreux conflits liés à des problèmes financiers.

Elle décrit également une hypersensibilité, émotionnelle et physique, qui pourrait expliquer sa réaction à la douleur, tant psychique que physique. Cette mise en relation des événements montre une capacité d'élaboration et de symbolisation du vécu.

Suite à un parcours médical décevant, alliant, selon elle, errance et traitements allopathiques inefficaces, elle a aujourd'hui arrêté tout suivi et tout traitement.

2. Le lien à l'Autre dans l'enfance : une position tierce

2.1. Spécularité mère-fille : des enjeux narcissiques à la séparation symbolique

Lorsque Calypso aborde son enfance et la dynamique familiale, ce sont ses problèmes d'obésité qui font surface : « *on était plus dans le système comme j'étais obèse comment me faire maigrir* ». Il y avait un mode de fonctionnement familial décrit comme un « système ». L'aspect systémique dépeint un fonctionnement organisé selon des principes communs, qui rythme la vie de la famille et met également du lien entre les individus et les événements qu'ils partagent. En ce sens, le « on » appuie plus un phénomène d'identification qu'une anonymisation du discours.

En effet, cette histoire d'obésité est une histoire de famille : « *mon père est costaud ma sœur est costaud* » bien que pour parler de son père et sa sœur, elle n'emploie pas le mot « obèse » mais le mot « costaud ». Cette précaution dans le discours montre à quel point Calypso est attentive au jugement qu'elle pourrait porter, probablement lié à la souffrance qu'elle a endurée, par rapport à l'image que sa mère lui renvoyait. Selon Calypso sa mère a « *beaucoup transposé sur moi ses propres blessures et failles* » et que cette projection a cristallisé la dynamique familiale autour des visites médicales et des régimes : « *qu'est-ce que j'ai pas vécu par rapport au poids* ». Ceci laisse entendre le poids psychologique qu'ont fait peser sur elle ces blessures maternelles. Tout son vécu semble n'avoir tourné qu'autour de son surpoids : « *faut plus que je mange ci ça enfin toute petite d'ailleurs dès 7/8 ans j'étais emmené à droite et à gauche pour perdre du poids* ».

Le discours décrit comment le comportement maternel se matérialise à travers le contrôle de l'image de sa fille, afin que les autres lui renvoient une bonne image en tant que mère : « *ma maman culpabilisait de l'image qu'on lui renvoyait d'elle en tant que mauvaise mère parce que j'étais forte et donc c'est elle qui m'emmenait voir des médecins pour me faire maigrir* ». Aux dires de Calypso, sa mère, souffrant du regard des autres, s'est laissée gagner par sa propre culpabilité. Afin de négocier avec cette culpabilité, elle n'a trouvé d'autres solutions qu'ancrer dans le réel, ce qui la tourmente sur le plan imaginaire : faire maigrir sa fille.

Des enjeux spéculaires mère-fille sont en jeu du côté maternel. Le contrôle que sa mère cherche à assoir dans la relation est une manière de pouvoir maintenir une illusion de maîtrise du côté de sa propre image narcissique.

Calypso s'est identifiée à ce discours sur son obésité, qui a fini par avoir certains effets, comme se sentir hors de la norme ou différente des autres. D'ailleurs, nous repérons un déplacement dans la chaîne signifiante autour des mots « obésité, « différence » et « boum boum ». Cette onomatopée est expliquée par Calypso comme la représentation que les autres se font d'elle et qui traduit, selon elle, la franchise qui la caractérise. Elle a conscience aujourd'hui que, plus jeune, ce sont le regard et le discours des autres qui lui ont renvoyé son obésité comme quelque chose d'anormal : « *c'est finalement les autres qui ont essayé de me faire comprendre que j'étais différente alors que moi j'en avais pas conscience* », « *les autres qui m'ont amené à vouloir me donner l'image que ça n'était pas normal et qu'il fallait devenir entre guillemets normal* ». Son obésité, sa différence, sa franchise font partie de sa construction identitaire et nous entendons comment celle-ci est déterminée par le discours des autres, et, en premier lieu, par le discours maternel.

« *C'est quelque chose qu'on m'a fait subir* ». L'anonymisation du discours indique des difficultés à faire porter la responsabilité de son vécu infantile par une personne désignée, bien que Calypso comprenne que sa mère a été aux prises avec ses propres souffrances. Ce mécanisme ne peut pas être réduit à une attitude défensive, hypothèse appuyée par l'analyse qu'elle a faite de la situation : « *Je pense qu'elle a aussi beaucoup transposé sur moi ses propres blessures et failles et je pense que ça aussi je l'ai beaucoup absorbé en tant qu'enfant et que ça joue beaucoup je pense aussi sur mon hypersensibilité* ».

Le fait de porter les blessures maternelles aurait développé, en partie, une hypersensibilité qu'elle associe également au fait d'avoir été rejetée, dans son enfance, par les autres enfants. « *J'ai été une petite fille très vite rejetée fait parce que j'étais trop forte donc à l'école ça passe pas bien tout ça* ». Pour Calypso, son obésité est la cause de son rejet social mais a également favorisé son sens de l'observation : « *je pense en fait que le fait d'être mise à l'écart ça permet une observation différente des choses et finalement sur un autre plan je sais pas comment expliquer vraiment et donc je pense que j'ai toujours été hypersensible* ».

Cet « autre plan » rejoint le regard extérieur, Autre, celui qui, dans la cure analytique, permet une prise de conscience des enjeux inconscients. Elle explique d'ailleurs comment cette place Autre a engendré chez elle un sens de l'observation « différent » qui aurait contribué à l'émergence d'un terrain hypersensible. C'est cette capacité à observer son entourage, qui expliquerait que Calypso ait développé une capacité d'auto-observation.

En effet, nous pouvons remarquer que le discours de Calypso est intellectualisé (« je pense »). Néanmoins, mis en relation avec son sens de l'observation, nous supposons que cela s'apparente moins à des procédés défensifs qu'à une capacité à l'introspection et à l'analyse, favorisée par son hypersensibilité. C'est ce qu'appuie le passage suivant : « *je pense que je suis celle à qui on a toujours tout confié et mis comme mission de résoudre tous les problèmes (silence) c'est résumé (rires)* ». Elle a conscience du rôle de médiatrice qu'elle joue, car c'est la place qui lui a été assignée et qu'elle a consenti à occuper. Elle explique avoir été autant sollicitée car « *y'en a qui préfère éviter les problèmes* » et « *parce qu'ils savaient aussi que je suis plus réactive et que je cherche plus les solutions peut-être aussi* ». Sa réactivité est marquée par son authenticité : « *on m'appelle Calypso boum boum je suis quelqu'un d'assez entière* ». Cette image de soi est associée à un profond désir de savoir : « *j'ai toujours été une petite fille qui voulait apprendre avancer ... je suis quelqu'un qui aime apprendre et je pense que je suis assez dynamique de ce côté-là* ». Son désir de savoir revêt une fonction narcissique plutôt structurante.

De plus, elle articule ce rôle de Tiers aux épisodes d'alcoolisations de sa mère : « *ma mère a eu des épisodes où elle buvait ... et tout le monde venait toujours se plaindre chez moi de ça* ». Ce qui a conduit Calypso à occuper une place de porte-parole dans la famille, avec le sentiment de devoir résoudre ce que les autres percevaient comme un problème. Le discours montre une inversion des rôles parentaux qui se manifeste à travers la figure de secours qu'elle a incarné. Ce surcroît de responsabilités aurait également favorisé la maturité que Calypso décrit lorsqu'elle parle de ses capacités d'observation et de lucidité. D'ailleurs, lorsqu'elle déplie son propos, le ton est plutôt ferme. Elle pose sa parole comme un constat qu'elle a fait de son passé, un bilan, qui se formalise dans le discours : « *c'est résumé (rires)* ».

Ce rire accentue l'aspect bilan rétrospectif, que prend le discours, et fait apparaître un sentiment de résignation, mais également beaucoup de lassitude, que nous retrouvons spécifiquement dans les intonations et dans la répétition : « *tout le monde venait toujours se plaindre... toujours se plaindre... même à 150 km* ». Elle n'en était pas moins consciente car elle aurait tenté de renvoyer la demande des autres : « *mais c'est toi vois avec elle discute* », en vain, ce qui la fait rire. Celui-ci fait signe d'une certaine jouissance à occuper ce rôle, ce dont elle a également conscience : « *après j'acceptais ce rôle parce que peut-être que j'aime aussi les choses justes* ». C'est un besoin de justice qui la pousse à cela. Ce rôle permet probablement à Calypso de négocier avec un sentiment d'injustice, né du rejet dont elle a été victime par rapport à son surpoids.

2.2. L'ombre de la conjugalité dans le lien de rivalité mère-fille

La rivalité dans le lien mère-fille est décrite comme : « *très forte* ». Elle l'associe à plusieurs événements.

D'une part, elle l'associe à « *des disputes sans arrêt* » qu'elle éclaire par des problèmes qui dépassent ce qui se joue dans le lien mère-fille : « *avec le recul je sais aussi qu'ils avaient des problèmes financiers que ça n'allait pas dans son couple avec mon père* ». Les disputes permanentes avec sa mère prennent place dans un contexte de conflits conjugaux dont Calypso a conscience. Elle apparaît dans un rôle de Tiers de la relation conjugale, plus encore elle en serait le mauvais objet : « *c'était des conflits en fait où elle me rejetait donc elle me faisait la tête à moi* ». Calypso pense que sa mère la voyait comme une rivale : « *je pense qu'il y a eu cette peur de la concurrence peut-être* » et elle explique cette rivalité, par un sentiment de jalousie maternelle à son égard : « *Elle me rejetait elle pensait que j'étais alliée avec mon père donc voilà c'était voilà donc elle me faisait la tête à moi et à mon père mais pas à ma petite sœur c'était assez bizarre d'ailleurs* ». Au moment de l'entretien, elle se questionne sur le fait que sa mère épargne sa petite sœur de sa rancœur. Elle n'élabore pas plus en profondeur sur ces conflits, en témoigne l'emploi des « *voilà* ». Ce sentiment d'être la rivale de sa mère est relayé par un événement dont elle nous fait part, alors que nous lui demandons ce qui avait pu être difficile pour sa mère : « *bonne question... bonne question* ».

Notre question a provoqué une association : « *je pense qu'elle m'a dit une fois tu n'es pas la femme de ton père* ». Puis, elle recouvre le souvenir où son père a fait un malaise cardiaque. « *Il me disait je me sens pas bien je me sens pas bien il s'est allongé sur le lit et je voyais sa poitrine son cœur qui battait très vite donc je suis allée la voir elle faisait la tête à ce moment-là donc elle était isolée* ». Calypso a appelé les urgences, ce qui aurait attisé la jalousie de sa mère : « *elle m'a dit mais c'est qui qui les a appelés j'ai dit bah c'est moi papa se sent pas bien et là elle m'a dit tu n'es pas la femme de ton père ben non mais en fait il faisait une crise de tachycardie* ». Calypso éclaire la manière dont elle comprend la conflictualité qui peut se jouer pour sa mère : « *tu n'es pas la femme de ton père donc je pense qu'elle a cru que je prenais la place* ».

D'autre part, c'est au moment des tentatives de séparations que le conflit émerge ; soit lorsqu'elle décide de partir pour ses études : « *des conflits aussi quand j'ai voulu partir en tant qu'étudiante et quitter le foyer* », soit lorsqu'elle décide de quitter le domicile familial : « *quand je suis partie elle me faisait la tête la misère et tout alors que c'était mon seul échappatoire* ». Le discours met en lumière son désir de partir du domicile familial. Calypso décrit ces séparations, comme un échappatoire, comme si « partir » était la seule solution à laquelle elle avait recours pour se déprendre de ce lien de rivalité. Pour s'opérer, la séparation objectale s'ancre ainsi à deux reprises dans le réel. Elle se questionne également sur une possible peur qu'aurait sa mère à s'émanciper d'elle : « *peur ... de mon indépendance je sais pas* ». Une confusion du désir maternel est décelable dans le discours : sa mère souhaite-t-elle la maintenir auprès d'elle au sein du domicile familial ou souhaite-t-elle son départ pour être le seul objet de désir du père ?

« *Je comprenais pas en fait pourquoi on met les enfants au cœur de conflits d'adultes...tiens ça fait finalement écho à mon histoire perso finalement* ». Calypso s'est sentie prise dans les conflits d'adultes où elle avait le sentiment de subir une pression pour « *me faire prendre parti* ». Ce qu'elle a des difficultés à accepter. Cette incompréhension passée se rejoue dans ce que son fils traverse aujourd'hui, à cause de sa propre séparation conjugale. Cela lui apparaît à la lumière de cet entretien. Elle décèle un dénigrement de la figure paternelle, mis en scène dans le discours maternel : « *finalement quand on dit ouai ton père ci ton père ça machin je trouve ça voilà quoi les enfants ils sont neutres là-dedans* ».

L'identification à ce discours (« on ») montre qu'elle s'identifie actuellement aux propos que sa mère a pu tenir. Nous repérons aussi que Calypso est attentive à sa propre parole qui fait sens au moment où elle parle. Il y a une association et une conscientisation immédiate de la répétition inconsciente des histoires familiales. En revanche, une attitude défensive est décelée lorsqu'elle s'interrompt de parler pour donner son avis (« je trouve ça voilà ») et pose un voile sur ce qu'elle ressent.

Le discours dépeint une figure maternelle narcissique, trop centrée sur ses propres besoins pour venir interroger le désir de sa fille. Et, il éclaire un fonctionnement maternel, débordé par ses propres pulsions impossibles à négocier autrement qu'en les projetant sur Calypso : « *avec le recul c'est vraiment son propre malaise son mal-être je pense qu'elle transposait sur moi* ». Elle apparaît comme le réceptacle des conflits maternels non conscientisés. Là encore, ce rôle de Tiers est prégnant et montre sa position actuelle face au désir maternel, qui est repéré du côté d'un désir de maintenir les faveurs du père Ceci explique son sentiment d'être posée, par sa mère, comme une rivale du père.

Depuis l'enfance, Calypso se perçoit comme une figure de Tiers à la fois familial, conjugal et social. De plus, la figure maternelle est perçue comme une femme en souffrance, ayant été dans l'impossibilité de questionner et de réparer ses blessures personnelles. Cette conscientisation encourage une forme de résilience dans l'actuel.

Cette position par rapport au désir maternel a été structurant dans la construction subjective de Calypso, puisqu'elle semble avoir dépassé le rôle de Tiers qu'elle incarnait, en s'éloignant du domicile et de sa familial en général : « *alors ma famille à Strasbourg je ne vis plus avec donc j'en parle pas* ». Cette séparation qui s'acte dans le réel n'en est pas moins symbolisée, dans l'après-coup, en témoigne les propos suivants : « *aujourd'hui je pourrais dire qu'on a une belle complicité mais qui a été très compliquée en fait* ». Cette symbolisation est décelable à plusieurs endroits dans le discours, comme analysé en amont. Calypso est consciente de la conflictualité du lien mère-fille, au prise avec les blessures maternelles non résolues et projetées dans la relation. Et, elle s'en est accommodée : « *aujourd'hui c'est une belle relation* », ce qui appuie le repérage de la castration.

3. La relation médecin-patient : une relation spéculaire ordinaire

3.1. La figure du médecin et sa fonction : la chute du Supposé Savoir

Calypso est atteinte de douleurs chroniques depuis plusieurs années avant qu'un médecin pose la diagnostic. Dans ce laps de temps, divers médecins lui ont prescrits un certain nombre d'examens : « *des batteries des batterie d'examens et des prises de sang à gogo pour voir enfin pour tout éliminer finalement et ne rien ne jamais rien trouver* », n'ayant abouti à aucun diagnostic jusqu'à la rencontre avec une rhumatologue. Suite au diagnostic, elle rencontre : « *entre 10 et 15 des psychiatres des rhumatologues des médecins du sport dans les hôpitaux la médecine interne* » pour sa prise en charge qu'elle juge inefficace : « *rien pour me soulager* ». Dans ce passage, nous repérons la lourdeur du parcours médical (du diagnostic à la prise en charge), qu'elle qualifie « *d'itinérance médicale* ».

Elle pense que les médecins qu'elle a rencontrés ne la croient pas : « *quand on en parle de toute façon on a l'impression de pas être cru* », et elle argumente cela par trois raisons : « *parce que je me plaignais que je me sentais pas écoutée que je ne trouvais rien pour me soulager* ». Elle évoque une part de responsabilité personnelle dans cette discréditation (« *je me plaignais* » ; « *je ne trouvais rien* »). Sa plainte est perçue comme un frein et le fait de parler à la première personne et d'interroger son propre manque (« *je ne trouvais rien* ») suppose une position engagée dans sa prise en charge. Elle ne rejette pas l'entière responsabilité sur les médecins. Selon elle, les médecins sont également impuissants : « *on a quand même l'impression que les médecins n'ont pas vraiment de solutions à part faire essayer traitement sur traitement sur traitement* ». Calypso utilise le pronom « *on* », qui dépersonnifie le discours. Une identification à un discours Autre et partagée se manifeste sûrement dans ses propos.

Elle repère leurs propres limites, qui se manifestent dans le manque de propositions thérapeutiques : « *les médecins de toute façon ... c'était en général anti-inflammatoire antidouleur ... voilà et puis voilà après y a rien à faire* ». Les médecins sont parlés comme des prescripteurs de médicaments, dont la fonction est résumée à cela, comme en témoigne ce passage.

La fonction de Supposé Savoir du médecin est questionnée, ce que nous pouvons retrouver dans le verbatim suivant : « *le hasard a voulu que je rencontre un autre médecin avec qui j'ai parlé qui m'a mis sous Tramadol pour les douleurs qui a pas cherché plus loin mais qui pensait me soulager* ». Calypso soulève le manque d'investigation et le recours systématique à l'anti-douleur. C'est le savoir de ce médecin dont elle doute : « *quand on se retrouve à faire une crise de manque sur le canapé que le médecin qui prescrit le Tramadol vous dit mais c'est pas possible ou alors bah débrouillez-vous arrêter d'un coup ah oui je me suis quand même sentie seule* ». Elle décrit un sentiment d'abandon mais aussi de solitude face au refus du médecin d'admettre son propre vécu, sa propre expérience avec la prise de cet anti-douleur. L'arrêt brutal suggéré par son médecin fait émerger un rire, qui se signifie pour indiquer un profond agacement marqué dans le ton de sa parole : « *je pense qu'il a jamais fait une crise de manque (rires) pour savoir ce que veut dire arrêtez d'un coup* ».

L'agacement se repère à nouveau dans les propos suivants : « *j'ai déjà entendu de la part de psychiatres tout le monde se lève avec quelque chose tous les matins je me dis ouh là là ok donc ça j'ai déjà entendu...rien de marquant plutôt de l'impuissance du corps médical des fois l'impuissance pour traiter les douleurs* ». Nous repérons à la fois beaucoup de défiance suite à ses expériences et la rationalisation se pose comme une défense afin de trouver un sens à ce qu'elle vit comme des refus ou des rejets. C'est l'impuissance médicale qui expliquerait ce manque d'adhésion à la parole du patient. Bien que ces explications s'apparentent à une défense psychique, elle n'en est pas moins consciente : « *je pense qu'ils cherchent plus à traiter qu'à comprendre forcément d'où vient la douleur* ». Il y a de la symbolisation dans ce processus, que nous retrouvons dans l'analyse qu'elle fait de cette impuissance: « *peut-être qu'on leur a pas appris* » ; « *je peux pas en vouloir à ces médecins enfin ils font ce qu'ils peuvent aussi avec ce qu'ils ont comme bagage et ce qu'on leur apprend* ». Elle pense que les médecins sont en difficultés avec « *une période assez flou avec la fibromyalgie on disait que c'était psychique* » et que cela explique leur attitude face aux patients, car il s'agit du doute par rapport à la pathologie.

Calypso ne semble pas prendre pour elle ce qui ne la concerne pas. Elle paraît compréhensive et lucide dans le rapport au savoir du médecin, qui n'est pas un savoir attendu et demandé, sous couvert d'une autorité, incarnée par la fonction de Supposé Savoir du médecin. Le repérage du manque au sein de la figure médicale fait chuter cette fonction de Supposé Savoir. La figure médicale est castrée, car il n'est pas un Autre tout-puissant. Il est un autre, celui de la relation spéculaire, limité par son propre manque.

La rhumatologue que Calypso a rencontrée et qui lui a diagnostiqué la fibromyalgie est à son écoute : « *elle m'a demandé ce que je voulais aussi pourquoi je venais la voir et finalement c'était peut-être plus aussi avoir des réponses à mes questions* ». La relation de confiance a pu émerger avec cette femme qui a été la seule à lui demander ce qu'elle voulait. Elle est venue questionner sa demande, et, par contingence, a laissé une place à son propre désir, son propre savoir. Cette attitude a favorisé un sentiment de reconnaissance qui lui a été bénéfique et elle l'explique par une ouverture d'esprit liée à une approche totalement différente : « *c'est quelqu'un qui est ouverte qui est d'origine allemand qui a eu un cursus médical différent et qui a une approche aussi différente et je pense que ça aussi aidé* ». Il y a un phénomène d'identification qui se joue. Cette « différence » résonne avec le discours sur son corps dans son enfance et ses problèmes d'obésité. Cette femme est perçue dans sa différence comme elle s'est sentie différente par rapport aux autres. Nous constatons que le discours médical prend une part très importante dans la manière qu'à le sujet de réagir au sein de la relation thérapeutique et qui a des effets au-delà de la simple compassion. Le transfert à ce médecin éclaire les enjeux narcissiques qui prennent place dans la relation et qui se manifestent dans le discours par la répétition des signifiants.

« *Le fait de relâcher d'accepter de relâcher puis d'accepter de pas être bien* ». Ce n'est pas tant relâcher qu'accepter de relâcher qui est significatif dans la démarche de Calypso. Ceci s'entend comme un renoncement structurant qui permet une approche différente de son vécu : « *à l'heure actuelle je trouve que mon meilleur médecin c'est moi ... c'est accepter* ». C'est une substitution qui s'opère au sein de la fonction médicale. De plus, l'acceptation apparaît comme solution face à l'inefficacité de la prise en charge médicale.

C'est donc le repérage du manque en l'Autre, soit sa part du réel (impuissance), qui fait chuter la fonction du savoir médical mais qui permet de chercher ce savoir ailleurs, en l'occurrence de son côté. L'acceptation n'est pas uniquement arrimée au discours conscient, nous la repérons dans l'énonciation du discours à travers l'analyse que nous avons menée. Calypso reconnaît donc ses propres limites, c'est-à-dire la part entre ce qui lui semble acceptable pour elle de ce qu'elle refuse d'endurer, ainsi que les limites chez l'autre. En effet, derrière la fonction médicale, elle perçoit l'Homme avec ses failles, comme elle a perçu les failles de son Autre primordial, sa mère. En ce sens, la castration favoriserait la résilience que nous entendons comme la capacité à ancrer dans le réel l'acceptation qui est parlée dans l'énoncé du discours.

3.1. Mythologie de la douleur et prise en charge : mise en sens et compréhension des enjeux inconscients

Calypso pense avoir une prédisposition à la douleur qu'elle explique par « *l'énergie des autres ... je pense que je suis hypersensible à ça et que malheureusement je l'absorbe trop vite (silence)* ». Calypso éprouve une grande sensibilité aux énergies des autres. Elle souffrirait sur le plan physique (douleur chronique) de cet excès d'énergie se jouant sur le plan sensitif (hypersensibilité). Son hypersensibilité est articulée à une empathie et elle la considère comme le moteur de son désir d'aider les autres, à résoudre leurs problèmes : « *j'ai toujours eu cette hypersensibilité à vouloir aider les autres à être empâté à vouloir aider à avancer les autres ou résoudre un souci ou des choses comme ça ouai cette sensibilité à vouloir aller vers les autres pour les aider peut-être* ». Remarquons qu'il n'y a pas d'impératif à aider les autres (« peut-être »).

En ce sens, nous supposons qu'elle n'est pas dans le sacrifice de soi de façon inconsciente. Cette manière d'agir, relevant d'une forme d'activisme (« avancer » ; « aller vers »), l'aurait peut-être menée à une forme d'usure, d'où l'association qu'elle a opérée avec ses douleurs, agissant dans la sphère émotionnelle et physique : « *c'est des douleurs dans tout le corps par période et je pense que c'est des douleurs qui sont beaucoup liées aussi au psychique* ». Elle articule l'intensité de ses douleurs « *à des périodes de grand mal-être* ».

Le discours suggère à nouveau une association synchronique entre le somatique et le psychique qu'elle évoque de manière plus affirmée : « *je suis persuadée qu'il y a un lien en fait pour moi je suis persuadée dans mes états où j'étais pas bien des périodes de dépression ou autre ou de mal-être mes douleurs étaient amplifiées* ».

A travers cette association, c'est une mise en sens qui nous constatons. Une formulation marquée du savoir (« je suis persuadée ») recouvre un désir de reconnaissance de ses douleurs psychiques que Calypso formule comme étant intrinsèquement lié au « *chemin personnel* », « *au besoin aussi personnel pour évoluer* ». Ce besoin de reconnaissance agirait ainsi sur le plan psychique et social. En effet, sa demande consciente prend place dans le besoin de reconnaissance de la maladie bien que la demande inconsciente, même si elle n'est pas clairement identifiée par Calypso, elle n'en n'est pas moins dupe : « *la reconnaissance ouai ce qui est toujours peut-être finalement lié au chemin personnel* ». La satisfaction de cette demande est d'ailleurs verbalisée : « *c'est quand même une espèce de reconnaissance aussi un soulagement* ». Le discours suggère une prise de conscience de ce qui se joue pour elle.

Pour décrire sa prise en charge, elle emploie le terme « *d'itinérance médicale* », que nous pouvons également entendre comme la contraction d'itinéraire et errance, éclairant l'aspect insondable du parcours thérapeutique, vécu dans une forme d'abandon : « *on laisse on laisse* ». Cet abandon est articulé à la discréditation de sa parole : « *quand on en parle de toute façon on a l'impression de pas être cru* ». L'anonymisation du discours témoigne de la banalisation et l'intellectualisation du récit, ainsi que de l'isolation de la part affective des événements. C'est une réaction défensive plutôt adaptée au regard de cette situation sans issue. L'anonymisation du discours peut également indiquer une identification, que l'on retrouve dans les propos suivant : « *on essaie d'accepter que ce qu'on vit est normal* ». Cette identification est probablement en lien avec ceux qui partagent la même situation (lié au réseau social) et sert à la réassurance et au soutien.

Calypso articule sa prise en charge à ses problèmes de poids et laisse apparaître un discours Autre, en lien avec ses consultations médicales ou ses hospitalisations : « *on me disait façon tu es grosse tu fumes c'est à cause de ça que t'as mal* ». Il y a une répétition dans le discours qui marque la violence psychique avec laquelle elle doit désormais négocier et se repère à deux niveaux. D'une part, ces mots laissent une trace psychique marquante puisqu'elle se les approprie : « *bon j'ai mal je suis forte je fume...* », non sans montrer de l'agacement. D'autre part, ils participeraient aussi à un sentiment de résignation : « *... voilà c'est comme ça c'est pas autrement* ».

La violence de ses propos seraient vécus dans la culpabilité qui trouve son origine dans un passé, où l'obésité a pris une grande place dans sa construction identitaire. Ce surcroît de responsabilités est d'ailleurs repéré lorsqu'elle aborde le manque de considération du corps médical, face à l'absence de soulagement de ses douleurs : « *je ne trouvais rien pour me soulager* » et « *au final (silence) j'ai pas trouvé de réel traitement qui m'aide* ». Ce silence laisse apparaître un sentiment de résignation qui se formule clairement : « *je pense qu'il y a eu un moment aussi une résignation j'avais l'impression que le corps médical était aussi assez impuissant* ». L'impuissance est partagée. Il y a un écho qui se joue entre l'impuissance et la résignation par laquelle elle répond à la situation. L'imparfait indique une rupture temporelle dans le discours. Elle parle de sa prise en charge au passé, supposant un phénomène d'après-coup. Elle prendrait conscience des limites du savoir médical et s'en accommoderait.

De plus, comme elle est en surpoids et qu'elle fume, le discours médical se saisirait de sa condition pour expliquer ses douleurs qui sont « invisibles », c'est-à-dire « *ça représente des douleurs que les gens ne voient pas et que les gens pourraient se permettre de juger...ils y croient pas* ». L'absence d'adhésion à sa parole serait la conséquence de l'invisibilité de ses douleurs. Ce que le regard de l'Autre ne perçoit pas n'existe pas à ses yeux. Plus encore, ce que l'Autre ne voit pas serait dénigré et pourrait ainsi engendrer des blessures narcissiques, qui se repèrent dans le discours : « *je voudrais bien les voir à ma place des fois* ». C'est également l'absence d'empathie des autres qui est soulevée et viendrait ainsi en écho avec son excès d'empathie. Il est question de la limite entre soi et l'autre qui paraît bien établit, comme le montre son discours : « *je limite la conversation sur ce genre de choses* ».

Les traitements allopathiques seraient préférentiellement utilisés, *« j'ai été médicamenté beaucoup »*, et de manière systématique et excessive : *« tellement de traitements »*. Une lourdeur dans ces traitements transparait dans le discours : *« si je dois parler de la palette de médicaments que j'ai eu dans ma vie »*. Calypso a eu une panoplie d'antidouleurs ou d'anti-dépresseurs dont elle ne retire aucun soulagement. Elle analyse cela comme une *« incompréhension de ma douleur »*. Plus encore, ils auraient produit une lourde dépendance. Le Tramadol, antidouleur désormais retiré du marché, a eu pour effet d'engendrer une addiction, qui aurait été niée par son médecin : *« c'est pas possible »*.

Le scepticisme qu'elle a ressenti l'a conduite à consulter un centre d'addictologie pour se sevrer. *« Là je me suis sentie seule par contre aussi assez forte pour chercher moi-même une solution à mon problème »*. Son sevrage aurait eu une véritable portée symbolique. Calypso aurait été sevrée de deux façons : une première fois au niveau physiologique et une seconde fois au niveau psychique. Ce sevrage psychique est marqué par la castration.

« Dans un processus psychologique alors oser demander quelque chose à quelqu'un alors je pense que ça fait aussi partie de ça ce que j'osais peut-être pas y'a quelques années ». Elle est consciente que pendant des années, elle a repoussé les limites de son corps : *« je suis capable de me pousser très loin physiquement mais aujourd'hui j'arrive aussi à demander aux autres »*. Elle aborde ce dépassement de soi comme une capacité, quelque chose qui la désigne dans son être, comme si cela a pu la valoriser narcissiquement pendant un temps. Être forte et endurente sont des traits de sa personnalité : *« je sais qu'en plus c'est dans mon caractère »*. Mais elle est également consciente de la lutte qu'elle a dû entreprendre pour apprendre à repérer ses limites. *« Demander de l'aide ce n'est pas forcément l'image que j'en avais c'est-à-dire se plaindre pour réclamer quelque chose donc maintenant j'ose »*. Ce travail psychique est une élaboration profonde entre la plainte et la demande, et ce qu'elle recouvre sur le plan inconscient. Cette prise de conscience lui a permis de renoncer à la toute-puissance, repérée à plusieurs endroits de son discours sur son passé. *« Je vois qu'en osant demander un service je m'économise aussi une peine physique c'est très c'est assez bizarre c'est un long chemin dans tous les sens »*. Il y a un lâcher-prise du côté d'une position subjective active. Aujourd'hui, elle oserait se montrer vulnérable au regard des autres.

« *C'est quand même une espèce de reconnaissance aussi un soulagement ... pour moi aussi sûrement la reconnaissance ouai ce qui est toujours peut-être finalement lié au chemin personnel et puis assez propre au besoin aussi personnel pour évoluer je suis assez ouverte là-dessus* ». La reconnaissance de la pathologie a permis à Calypso de ressentir un certain répit, probablement en lien avec l'itinérance médicale qu'elle a évoquée, mais surtout un lien avec son histoire personnelle et une reconnaissance de sa différence : « *cette reconnaissance que je ne me sens pas identique physiquement* ». Elle a conscience que les besoins personnels peuvent être un frein à l'acceptation et qu'une remise en question peut au contraire être d'une grande aide.

Tout cela aurait permis à Calypso de comprendre que « *vivre avec finalement est mon meilleur médicament* ». Il y a la manifestation d'un désir d'accepter que ce qu'elle vit lui échappe, comme cela échappe également au corps médical. L'acceptation paraît remplir une fonction par rapport au trou du savoir qui se manifeste à propos de la douleur. « *Ce qui m'a beaucoup aidé c'est accepter parce que souvent on veut se battre contre quelque chose contre un syndrome une maladie finalement on ne sait pas encore où ça en est et se battre toujours contre quelque chose ça demande tellement d'énergie que ça épuise et ça rend aussi malade* ».

C'est à propos du savoir (« on ne sait pas encore où ça en est ») que le combat (« se battre ») a jusqu'alors été mené. Et c'est à propos de l'absence de savoir sur la maladie que le combat est abandonné. Ce qui l'amène également à se remettre en question. C'est probablement ce changement de regard, cette auto-observation sur sa situation, qui lui permet d'aborder les choses sous un angle nouveau : celui de l'espoir. La mise en sens est permise par l'espoir qu'elle projette en l'avenir. L'espoir l'aide dans son quotidien : « *savoir que les douleurs d'aujourd'hui ne seront pas forcément celles de demain en fait je trouve que ça donne aussi un espoir une vision différente* ». Le savoir a ici une fonction anticipatoire.

L'anticipation, dont Calypso se sert, est le mécanisme le plus efficace pour prévenir et se préparer à traverser des situations de crises, qui peuvent être une véritable effraction psychique et physique. Néanmoins, elle a parfois besoin de lâcher prise, or celui-ci s'éprouve dans une forme de violence et d'effondrement dépressif : *« il y a peut-être besoin d'un jour où je pleure sans arrêt où je m'effondre où je me mets sous la couette et puis voilà c'est comme ça ... et le lendemain je trouve que ou les jours d'après je trouve que ça va mieux petit à petit »*. Son appréhension de la douleur varie entre espoir et effondrement. Calypso constate que ses douleurs physiques et psychiques sont dépendantes les unes des autres, et qu'en agissant sur son état d'esprit, elle pouvait aussi mieux gérer ses douleurs : *« essayer de changer l'état d'esprit de certaines choses positivement »*.

4. Structuration du désir au Rorschach

4.1. Souplesse des mécanismes défensifs

L'ensemble du protocole est plutôt fourni, les réponses sont variées. Il y a des associations et de l'élaboration, qui donnent un aspect vivant à la passation. Les caractéristiques quantitatives du protocole de Calypso sont hétérogènes : 31 réponses au total ($m=28$), un temps de latence de 6,8'' ($m=13,2''$) et un temps par réponses de 17,84'' ($m=37,5''$). Ceci pourrait indiquer des difficultés à faire face au silence, soit des réactions à l'angoisse, car elle répond rapidement, ou comble les silences par des bruitages de bouche ou des fredonnements. De plus, hormis la planche I (absence de latence), les planches II, IV et VI ont les temps de latence les plus bas (respectivement 1'', 3'', 4'') et serait expliqué par les effets que produit la perception de la valence sexuelle et/ou agressive des planches.

Le temps de latence moyen, assez faible, ainsi que la rapidité des réponses aux planches réactivant l'angoisse de castration peuvent signifier une facilité de perception et/ou de projection, mais également un empressement à répondre. Ce qui serait alors plutôt le signe d'une attitude défensive (labilité des défenses).

Il y a des disparités frappantes concernant la production des réponses. Les planches V et VI mettent Calypso en difficulté. Elle n'arrive à donner qu'une seule réponse pour chacune, de surcroît des réponses banales.

La planche VI nous évoque une représentation de soi décharnée ou un sentiment de menace pour l'intégrité narcissique : « *les gens...qui dépècent un animal* » et la dénégation à la planche V : « *ni un papillon ni une chauve-souris* » peut signifier une forme de confusion identitaire.

A la planche VIII, il y a un allongement du temps de latence (13'') et les deux réponses fournies sont données sur un ton timide et interrogatif. La régression est possible mais déstabilisante.

Les planches I et X suscitent le plus de réponses (5 chacune), avec une très nette différence dans l'appréhension des planches, car le temps de latence de la dernière planche est le plus long (19'') alors que l'absence de temps de latence à la première planche montre une certaine facilité à la perception globale, en témoignent les cinq réponses données de façon très rapide.

Tout cela évoque de la labilité et donc peu de défenses de prime abord, à moins qu'il y ait un haut niveau d'adaptation et une souplesse psychique, permettant la mobilisation rapide des processus secondaires. Le contraste entre la facilité à investir rapidement le matériel (planche I) et la difficulté à la séparation (planche X) questionne la fonction de l'adaptation situationnelle et l'angoisse de séparation.

Le mode d'appréhension progressif, allant d'une perception globale à une perception plus en détail, révèle des capacités adaptatives à la réalité externe et d'ancrage dans le réel (G% = 48,39% ; D% = 38,71% ; Dd% = 12,9%). Les réponses G sont majoritairement de bonne facture excepté aux planches III et VII (N=12/15), contrairement aux réponses D (N=5/12).

Les identifications sont facilitées par la projection de représentations humaines, mais morcelées la plupart du temps (H% = 22,58%, dont 12,9% sont des réponses Hd), et par celle de monstres animaux (12,9%) ou de personnages fantaisistes plutôt sombres, comme le diable ou un alien (16,13%). La prévalence des (H) sur les H (5/3) peut être intégrée à une vie imaginaire assez riche comme à un désinvestissement des relations extérieures, spécifiquement lorsqu'on intègre la prééminence des Hd, comparativement à des figures humaines entières et la valeur des A%, en dessous de la norme (A% = 32,26%). Les références humaines (H et Hd), aux planches III et VII et IX, sont anonymes mais non dépourvues de références sexuelles. Le protocole compte aussi deux réponses « masque » aux planches VII et IX.

Les projections identificatoires soulèvent une persévération sur le thème des mains (pl. I, II et III) ou du masque (pl. VII et IX), et mettent en scène à la pl. I, deux anges qui se tiennent les mains, à la pl. II, deux personnages les mains jointes, à la pl. III, deux personnes qui se tiennent les mains, à la pl. VII, deux femmes qui se regardent, et à la pl. X, deux personnes qui se disputent et un visage avec une barbe. Ceci nous interroge quant aux phénomènes d'emprise ou de contenance, et éclaire que conflits objectaux se jouent sur la scène inconsciente.

L'appréhension du matériel dans son aspect formel (F% = 51,61) est quasi normative (m=58%). Calypso présente une capacité à la projection, qui se manifeste dans les kinesthésies (N=6), dont cinq sont de bonne qualité formelle, et à la prise en compte de la dimension affective (2FC ; 2CF ; 1C) aux planches II, IX et X. C'est la première planche couleur qui mobilise le registre pulsionnel et les deux dernières planche pastel, qui mobilisent la dimension sensorielle et régressive. La prise en compte du registre pulsionnel et les possibilités de dérivation présagent d'une bonne qualité des défenses psychiques.

Enfin, le protocole compte un nombre significatif de réponse « Clob » (1FClob ; 3 ClobF, 2 tendances Clob), aux planches I, II, IV et VII, qui sont majoritairement suivies d'une réponse « Ban » ou d'un contenu rassurant. Un univers fantasmatique et des capacités d'abstraction sont présents, qui témoigneraient à leur tour d'une bonne qualité de symbolisation. Cette efficacité de la pensée montre des capacités combatives contre l'angoisse (II et VII).

D'un point de vue qualitatif, l'absence de latence et la kinesthésie marquent un mouvement projectif immédiat à la **planche I** : « *les anges qui sont face à face qui se tiennent par les mains* ». La perception des anges nous semble défensive par rapport à la seconde réponse qui s'enchaîne : « *un monstre* ». Cette capacité, à substituer à la sollicitation effrayante qu'est le monstre une projection rassurante de deux anges, qui se tiennent la main, indique de capacités adaptatives et défensives efficaces. De plus, elle dit voir « les » anges et « un » monstre, l'emploi du pronom personnel défini pour les anges et du pronom personnel indéfini pour le monstre souligne d'une part, un clivage entre un bon objet qu'elle peut s'approprier et un mauvais objet qu'elle rejette, et, d'autre part, appuie le caractère défensif de la première perception dont la fonction se veut contenante, face à la sollicitation imaginaire plus archaïque.

D'ailleurs, elle le précise à l'enquête que sa perception est imaginaire : « *c'est pas je vois c'est j'imagine* ». Cette précision s'inscrit dans une attitude défensive plutôt souple, avec l'impression d'une réactivité forte aux stimulations. Cette souplesse est plutôt positive en regard de la pathologie douloureuse qui est provoqué par une cristallisation narcissique de la libido.

La troisième réponse est intéressante dans la mesure où c'est une banalité : « *une chauve-souris* », ce qui pourrait indiquer, qu'après la lutte entre les deux premières représentations, Calypso est capable de réinvestir une perception plus conciliable et qu'elle présente ainsi de bonnes capacités d'adaptation entre perception externe et mouvements internes. Ensuite, elle perçoit un insecte : « *pas forcément un papillon* ». Elle est dans une dénégation ici de la banalité. Au regard de la dynamique des réponses précédentes et des mouvements pulsionnels, qui en découlent, nous pensons que cette dénégation est au service de l'adaptation à la réalité externe.

La dernière image qui lui vient est celle d'un « *corps de femme...avec une robe* ». Cette projection, narcissique et féminine, semble réconcilier le mouvement pulsionnel vers une représentation agréable, mais peut-être y-a-t-il une autre interprétation possible. Elle pourrait également être le contenant de toutes les représentations à cette planche : un corps de femme un ange, un monstre ou une chauve-souris. Ce corps de femme contiendrait les bons comme les mauvais objets.

Ce qui est frappant à la **planche V** est la chute drastique des réponses. Calypso ne donne qu'une seule réponse est celle-ci est une banalité déniée, agrémentée d'une hésitation : « *ni un papillon ni une chauve-souris* », pour finalement statuer sur un papillon : « *si ouai peut-être plus un papillon alors* ». A l'enquête, elle revient sur la perception du papillon pour y voir finalement plutôt une chauve-souris, ce qui la fait rire : « *c'est pas la représentation que je me fais moi peut-être complètement du papillon ni non plus de la chauve-souris malgré tout je vois quand même des pattes des ailes des antennes une tête avec des antennes donc mi papillon mi chauve-souris finalement ce que je décris ça a plutôt l'air d'être une chauve-souris (rires)* ». L'indécision consciente nous questionne quant à la sollicitation latente de la planche, qui renvoie à la représentation de soi. Avant la planche V, le protocole comptait déjà trois banalités, dont une qui a également fait l'objet d'une dénégation plus franche, à la planche I, faisant suite à une précédente banalité (« *une chauve-souris* », puis « *on peut voir aussi un insecte pas forcément un papillon mais un insecte* »). Cette seconde tentative de dénégation échoue dans un premier temps et redevient opérante à l'enquête. L'ambivalence de la perception l'emporte. Calypso désire-t-elle inconsciemment s'écarter d'un conformisme redouté et par la même, montrer sa différence ?

4.2. Imagos parentales et conflictualités relationnelles

A la **planche III**, la specularité est d'abord déniée. Ses deux premières réponses sont des réponses tenant compte de la globalité entière ou partielle. Elle perçoit en D14 : « *une tête d'insecte ou un insecte vu du dessus* ». Des contenus pulsionnels à valeur agressive sont formulés à l'enquête (« des mandibules » ; « les espèces de pinces ») au niveau des appendices.

La précaution verbale à la seconde réponse globale « *mais peut-être aussi* » est de mauvaise qualité formelle : « *un visage avec (rires) quelqu'un qui a un nœud dans les cheveux* ». Ce visage n'est pas une figure humaine. Il apparaît sur une radiographie (à l'enquête : « *une radio finalement de quelqu'un qui a un nœud dans les cheveux et un visage vu du dessus par les orbites comme si c'était une radiographie du visage vu du dessus* »). De plus, le visage est anonymisé, seule la présence du nœud dans les cheveux confère un attribut féminin à la perception. Ce visage féminin déshumanisé, réduit au réel, provoque un malaise clairement exprimé : « *ça me perturbe (rires)* ». Le rire accentue d'autant plus l'inquiétante étrangeté, pour reprendre le terme freudien, et qui, comme dans son œuvre, renvoie au sentiment inquiétant qui surgit lorsque le sujet est en face du retour du refoulé.

Ensuite, un angle de vue atypique se manifeste : « *un insecte vu de vu du dessus* » (réponse 1) et, à l'enquête (réponse 2), « *presqu'une vue du dessus avec comme une radio finalement de quelqu'un qui a un nœud dans les cheveux et un visage vu du dessus par les orbites comme si c'était une radiographie du visage vu du dessus* ». Le visage radiographié perd sa dimension humaine et affective. La présence, plus spécifiquement, du regard privé de l'organe lui confère une inexpressivité, un vide affectif, mais également un caractère plutôt effrayant. Le gel pulsionnel serait une formation réactionnelle en réponse aux mouvements pulsionnels agressifs de la réponse précédente. Cette vue du dessus est une vue Autre qui s'exerce sur un plan différent favorisant une place d'extériorité et d'observation.

De plus, une contamination a lieu avec la planche II : « *j'ai toujours l'impression qu'il y a beaucoup de personnes qui se tiennent les mains donc euh deux êtres peut-être face à face là encore entier où on voit les jambes avec peut-être une chaussure à talons puis une main vers le bas* » (réponse 3 – D1). La projection des mains, qui se tiennent, aurait une fonction de contenance qui réconcilierait les mouvements agressifs (« *chaussure à talons* »), déplacés sur cette perception plus tolérable. En même temps, cette projection permet aux contenus et aux affects, à valeur agressive, de trouver une dérivation, et montre que l'intrication pulsionnelle est effective.

Ces trois niveaux de réponses (D14, G, D1), mais surtout les éléments symboliques qu'elles recouvrent, montrent comment Calypso intègre progressivement des contenus à valeur sexuelle et agressive, et témoigne d'un bon niveau d'adaptation des défenses aux effets pulsionnels des sollicitations inconscientes.



Planche III, détail D14



Planche III, détail D1

La première **planche pastel (VIII)** fait apparaître de l'inhibition verbale : temps de latence qui augmente, ton de voix plus faible et interrogatif, et de multiples bruitages de bouche. Après treize secondes, elle évoque « *deux singes* », puis « *deux animaux* ». Elle nous sollicite afin de savoir si elle doit les montrer et termine par « *j'ai pas trop d'inspiration pour celui-là* ». Ce commentaire montre très nettement le blocage associatif. C'est la forme et non les couleurs qui sont prises en compte, ce qui pourrait supposer une difficulté à intégrer les couleurs pour élaborer une réponse.

L'hésitation entre les deux perceptions, l'absence d'associations et d'intégration de la sensorialité, l'appel au chercheur, son manque d'inspiration, sont autant d'indices de défenses plutôt massives et rigides à cette planche. Est-ce que cela traduit une problématique de régression ?

La présentation de la **planche X** produit un effet de surprise, pouvant supposer une émergence angoissante, par contre immédiatement jugulée par un chantonement : « *Oh là là alors euh mhhmhhmhh (chantonne) (16'') (bruitages de bouches) (3'')* ». La projection à cette planche se fait de façon anarchique sur pleins de détails et elle est fortement mobilisée par la couleur. Les bruitages et le fredonnement s'apparentent à des mécanismes défensifs. Ils font signe d'un état d'excitation pulsionnelle en lien avec une surstimulation visuelle et sensorielle, au regard de l'augmentation également du nombre de réponse (4). Le temps de latence plus long (19'') par rapport à tout le reste du protocole marque une élaboration plus poussée, comme l'indique la mise en scène dépeinte à la première réponse, en D9 : « *je pourrai voir aussi deux personnes face à face je pourrai même dire que pour moi elles se disputent peut-être et avec des petits personnages à côté un peu diabolique* ». Une association a lieu (« aussi ») mais la première représentation paraît refoulée.

La sollicitation sensorielle à cette planche favorise la régression, offrant à Calypso la possibilité d'expression de pulsions agressives (« disputes ») et l'anonymisation des personnes permet de rester à une certaine distance de cette conflictualité. Les personnages diaboliques, témoins de la scène, appuient la connotation agressive du conflit, et leur extériorité à la scène accentue la mise à distance du conflit. Ce sont les modalités relationnelles des imagos parentales qui semblent se jouer et sa place de Tiers. La mauvaise qualité formelle indique que la projection l'emporte largement sur la perception. Ce besoin presque irrépressible de projeter hors de soi la sollicitation inconsciente suppose un débordement pulsionnel, mais l'abstraction montre que la fantasmatisation enraye une pulsionnalité parfois importante.

Cette hypothèse est appuyée par la réponse suivante : « *en regardant dans la globalité ça me ferait plutôt penser à un feu d'artifice* ». Cette observation à distance montre sa capacité à prendre du recul. Par ce mouvement de recul, elle déplace les affects conflictuels contenus par la représentation précédente en une représentation festive. Cela lui permet de retourner en son contraire la valeur affective de la sollicitation latente.

Les deux dernières perceptions : « *des mammoths* » en D1 et des « *animaux* » en D12 et D7 (à l'enquête : « *ici un mammoth ou un autre animal là aussi encore quelque chose avec comme un peu des cornes je sais pas comme un buffle ou en petit ici un petit monstre* ») offrent également à Calypso la possibilité de contenir une tendance phallique/agressive du conflit pulsionnel mis en scène par la dispute des deux personnes, au sein de représentations tolérables.

La dernière réponse est : « *un visage au milieu tout en haut* » en D11. La neutralité de la perception permet probablement d'abaisser le conflit et les émergences pulsionnelles. Ce visage anonymisé a un effet rassurant.

Par contre, l'ensemble de ses réponses éclaire la difficulté à trouver un lieu de retranchement sécurisant dans la position passive.



Planche X, détail D9

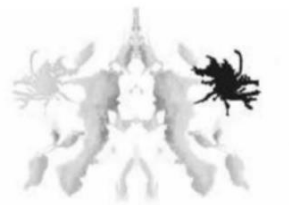


Planche X, détail D1

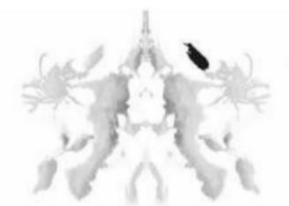


Planche X, détail D12

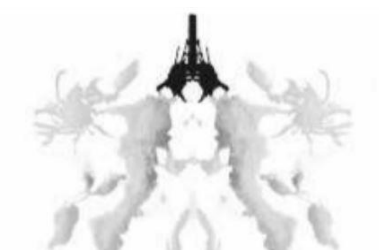


Planche X, détail D11



Planche X, détail D7

4.3. Imago maternelle ambivalente

La **planche VII** provoque une interrogation qu'elle nous adresse : « *ça peut être un peu abstrait ce qu'on voit ?* ». Ceci nous fait amène à deux hypothèses. D'une part, de la planche I à VI, les processus secondaires ont été fortement convoqués au service du principe de réalité, pour rendre réaliste ses perceptions fantasmatiques, mais ils ont probablement contribué au renforcement du système défensif. D'autre part, elle serait plus en confiance pour amoindrir ses défenses et se laisser aller à l'abstraction. Nous lui reprecisons de dire tout ce qu'elle voit, elle répond : « *comme un masque qui apparaît qu'à moitié c'est-à-dire comme un visage peut être d'une créature effrayante mais dont on ne voit pas la totalité qui est à moitié masqué* ». Cette réponse globale montre qu'elle s'autorise à l'originalité et à la création, ce qui va dans le sens d'un assouplissement des défenses psychiques. En revanche, la mauvaise qualité formelle de la perception est à interroger du côté de la sollicitation latente : l'identification à l'imago maternel et le rapport au manque. Une persévération sur le thème du visage est présente à la seconde réponse globale : « *je peux voir aussi deux femmes qui se regardent face à face alors je sais pas si c'est la queue de cheval ou si c'est une coiffe peut-être mais moi je verrai bien le creux du nez et la forme de la tête* » (à l'enquête : « *j'ai l'impression de voir deux femmes et un visage effrayant* »). Le visage des femmes est repéré en D14 et le visage effrayant étant perçu en D16 (elle n'a pas précisé le côté).



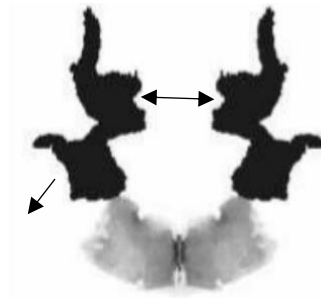
Planche VII, détail D14



Planche VII, détail D16

Il y a une identification en miroir car les visages de femmes se regardent. Le visage effrayant regarde dans un sens opposé. Il paraît tapi dans l'ombre, comme l'illustre la représentation ci-après (figure 21), et ne concerne qu'une des deux femmes, comme pour accentuer la part sombre de la figure féminine à laquelle Calypso s'identifie.

Figure 21



Elle enchaîne deux autres réponses : « *deux cochons* » et « *deux monstres euh (4'')* *mais qui se tournent le dos* », qui demeurent dans la continuité des réponses précédentes. La dualité des perceptions (« se regardent » ; « se tournent le dos ») pourraient traduire une ambivalence émotionnelle à l'égard de la figure maternelle, en rapport avec la sollicitation inconsciente de la planche. L'hypothèse d'une imago maternelle ambivalente s'esquisse.

L'appréhension de la **planche IX** se fait dans la globalité : « *je dois être très personnage fantastique j'ai plutôt l'impression de voir (3'')* *les épaules et un espèce de masque de visage d'un personnage un peu fantastique qui aurait un peu comme une trompe un espèce de casque ou de grand chapeau presque un alien finalement mais un personnage qui est assez musclé qui a de la musculature* ». Les contenus persévèrent sur une thématique redondante : les personnages fantastiques, imposants ou effrayants. L'enquête fait apparaître la crudité de la perception : « *comme si en fait c'était quelqu'un un peu à vif où y'a pas de peau* » et la mise à mal des limites entre le dedans et le dehors. C'est alors le masque qui remplit la fonction de protection contre ces représentations angoissantes : « *j'ai comme l'impression qu'il y a un masque par-dessus (orange) en fait comme si un truc protégeait je sais pas trop comment expliquer avec ça par-dessus comme masque sur l'alien* ».

La planche IX revêt ainsi une tonalité persécutrice qui renvoie à l'imago maternelle.

4.4. Une angoisse de castration œdipienne

Le protocole de Calypso révèle plusieurs réponses « Clob ». La réaction sensorielle au gris ou au noir aux planches I et VII révélerait une problématique d'angoisse ou de dépression. A la planche II, la réponse Clob : « *à première vue je dirai le diable* » est quasi immédiate (1''), à partir des détails rouges et blancs sur la partie supérieure en Dd35 (à l'enquête : « *les cornes (en rouge) les orbites (le blanc) le nez (la petite partie blanche) le trou du nez là où il y a le cartilage après là t'as l'arête* » (vu du dessous). La couleur rouge déclenche des mouvements pulsionnels sexuels et agressifs, repérables dans la perception des détails phalliques (cornes, nez) et le repérage du manque s'origine dans la prise en considération du détail blanc (« les orbites » et « le trou du nez »). Le symbolisme phallique de la planche II est attendu dans la pointe médiane noire, qui surmonte la vacuité centrale. Or, les cornes sont repérées dans les deux protubérances rouges, à valeur aggressive, et les orbites et le nez, dans les vacuités blanches, plus propice à une projection de représentations féminines. Le nez est en fait représenté par : « *le trou du nez* », accentuant d'autant plus des difficultés à intégrer des contenus sexuels masculins. Le cartilage et les orbites réduisent le visage du diable à son plus pur réel qu'est le squelette.

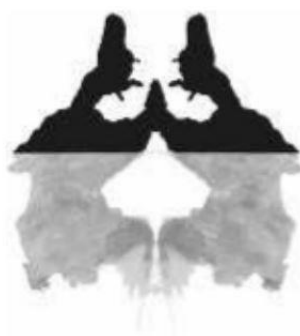


Planche II, détail Dd35

La projection à la seconde réponse globale : « *deux personnages les mains jointes qui se touchent* » se rejoue sur des mains jointes et paraît avoir une fonction de réassurance ou de contenance face à la perception diabolique. Il y a, comme à la planche I, un mouvement entre un bon et un mauvais objet. Mais cette fois-ci, les processus défensifs permettent l'émergence de cette figure démoniaque. L'angoisse serait ainsi maîtrisée.

Le détail rouge du bas (D3) mobilise des mouvements affectifs plus apaisant s'actualisant dans des perceptions comme « un cœur » ou « un papillon ». D'ailleurs, le cœur peut témoigner du lien affectif entre les deux personnages puisqu'il les met en lien dans la partie basse.

La couleur rouge met en exergue le clivage des affects (cornes vs cœur), mais également le clivage des identifications (diable vs personnage/papillon). Les deux personnages, en lien affectivement (« mains jointes » ; « cœur »), sont accroupis ou à genoux dans une forme de soumission à cette figure diabolique qui les observe d'en haut. Le regard vide (« orbites ») du diable contraste avec le lien affectif des personnages. Nous pouvons supposer que le clivage permet à Calypso de se soustraire de l'angoisse de castration scopique, exercée par le regard maternel.



Planche II, détail D3

Si la réponse à la **planche IV** est une réponse globale « *un géant* », à l'enquête, nous relevons que Calypso occulte la grande protubérance considérée comme phallique. Une prise de position active semble possible en atténuant la perception phallique (« nez »), qu'elle voit dans le détail du haut : « *l'espèce de truc cartilagineux qui lui descend sur le visage* ». Nous supposons que Calypso a opéré un déplacement entre la localisation première qui a mobilisé la sollicitation phallique et la localisation secondaire sur laquelle elle a projeté sa réponse. Ce déplacement efficace vise soit à amenuiser l'angoisse que suscite la perception de puissance soit être au service de sa propre représentation de la figure masculine. Les autres réponses abondent dans ce sens : « *un espèce de monstre pour moi qui fait pas forcément peur* » ; « *plutôt une créature fantastique alors on va dire ça comme ça un yéti finalement* ». Le yéti a la particularité d'être une figure mythique recouverte de poils, ce qui pourrait lui conférer un toucher duveteux, agréable.

Ces figures monstrueuses sont la représentation d'une figure massive et imposante : « *plutôt la taille la même chose en fait* ». Le déplacement s'accomplit de réponses en réponses pour aboutir à la représentation de l'appareil reproducteur : « *ah si presque un utérus* ». L'ordre des réponses : géant, monstre, yéti puis utérus, montre que le déplacement s'opère du masculin au féminin, probablement plus dans l'intégration progressive des positions actives et passives.

La **planche VI** renvoie à ces deux registres, dans un mouvement plus conflictuel : « *mhmhmmm (5'') (rires) ca me fait rire une peau de bête (4'') (rires) une peau de bête quand les gens font un safari et qui (rires) dépècent un animal et qu'ils le prennent comme tapis et (3'') nan rien* ». Elle paraît mal à l'aise en témoigne les nombreux rires et stoppe l'élaboration de façon significative. Elle semble dans l'évitement de la protubérance phallique qu'elle ne scotomise pas, puisqu'elle prend en considération l'ensemble de la tâche, bien qu'elle n'y fasse pas référence explicitement.

La dynamique activité/passivité est clairement en conflit (« font un safari », « dépècent » ; « peau de bête », « tapis »). Le symbolisme sexuel du côté phallique pose également question. Sans le rejeter, elle présente des difficultés à l'intégrer ou du moins sans connotation crue. La kinesthésie mobilise une action de dépeçage qui pourrait recouvrir symboliquement un désir de décortiquer les choses, une étude détaillée, ou un désir de destruction. Cela pourrait également témoigner d'une curiosité, d'un désir de savoir.

Les réponses « masque », « visage », « orbites » (aux planches III, VII et IX) interrogent la fonction du regard. Le masque est à chaque fois articulé au visage. Sa fonction chez Calypso serait de dissimuler un visage qui est en partie anonymisée. Soit le visage appartient à « *une créature effrayante* » (pl. VII) soit à une personne qui porte « *un nœud dans les cheveux* » (pl. III). Ce sont des visages identifiés du côté du féminin, mais elle s'en accommode grâce au masque qui voile probablement une représentation effrayante du regard maternel. A la **planche IX**, le visage appartient à un personnage dont la « *musculature* », la « *trompe* » et le « *grand chapeau* » l'identifient du côté masculin. Cela accentue l'ambivalence sexuelle de la figure féminine.

Les réponses aux planches bilatérales et ouvertes font l'objet d'un investissement perceptif en détail voire atypique et sont majoritairement de mauvaise facture. En regard de la **planche IV**, dont la perception phallique est minimisée, on peut faire l'hypothèse d'une angoisse de castration œdipienne liée à une difficulté de choix identificatoire et d'ambivalences vis-à-vis des positions actives/passives et sexuelles. En ce sens, c'est la figure maternelle phallique qui posée comme source d'angoisse. Néanmoins, une mobilisation défensive efficace aurait une visée adaptative.

4.5. Synthèse du Rorschach

Le Test du Rorschach met en lumière une conflictualité « active », portée au niveau manifeste par les mouvements projectifs et l'investissement pulsionnel du matériel.

Nous repérons une souplesse des mécanismes défensifs et leur niveau adaptatif élevé, qui préfigurent des possibilités de dégagements d'une relation transférentielle, potentiellement source de réactivation de conflits infantiles. La qualité des mécanismes défensifs dans le protocole du Rorschach offre des possibilités d'investissements narcissiques et objectaux, mais également des positions actives et passives. Elles favorisent une observation plus nuancée de sa situation. L'intégration des affects, des mouvements agressifs et régressifs montre une bonne gestion de la vie pulsionnelle et des capacités d'abstraction, qui confèrent à Calypso une activité fantasmatique riche.

Les données quantitatives du protocole, le bon ancrage dans le réel, la mobilité libidinale et l'intrication pulsionnelle, ainsi que la facilité d'entrée en contact avec le matériel, laissent apparaître une certaine souplesse des mouvements défensifs, et une capacité de projection et d'abstraction. Néanmoins, aux planches V, VI et VIII, Calypso présente une certaine résistance au matériel, qui se manifeste par la pauvreté des réponses (une seule aux planches V et VI ; deux à la planche VIII), les bruits de bouches, les nombreux rires et fredonnements. D'un point de vue qualitatif, une image de soi unifiée mais également plurielle, contenant des bons comme des mauvais objets, indique la souplesse de son propre regard et des identifications infantiles diverses et opérantes. Une volonté de s'écarter d'une pensée conformiste et d'afficher sa différence est également présente.

Dans l'ensemble du protocole, les dimensions scopiques et spéculaires sont centrales. Les thèmes du masque et du regard sont récurrents, et plusieurs fonctions psychiques sont repérables. Comme le montre notre analyse, le masque dissimule le visage de l'Autre, donc son identité. Il peut ainsi avoir pour fonction de juguler l'angoisse que pourrait provoquer la reconnaissance identitaire de l'Autre caché derrière ce masque. Calypso serait ainsi protégée de l'identité du regard de l'Autre. Nous constatons d'ailleurs que le regard est toujours privé de son organe. Or, en l'absence de l'œil, le regard n'observe rien.

A travers cela, c'est sa fonction de reconnaissance qui semble inopérante, à moins que cela traduise une protection du jugement que pourrait opérer ce regard s'il voyait.

Le masque et les orbites sont également des représentations du vide affectif en lien avec la figure maternelle. L'absence de regard peut faire référence à la dénégation du versant paranoïde de la relation à l'imago maternelle toute-puissante. Les nombreuses réponses « Clob » témoignent de montées d'angoisses qu'elle exprime, mais qu'elle contre-investit par des représentations contenantes et apaisantes. Le regard est souvent présenté sous plusieurs angles (vu du dessus, planche II, et vue du dessous, planche III). Ceci témoigne des différentes positions que peut prendre l'œil lorsqu'il regarde. C'est l'observation qui est mise en scène.

Nous pouvons alors comprendre que la fonction du masque est une protection contre le regard maternel. Ceci témoigne de la castration à l'objet scopique, c'est-à-dire vivre hors du regard de l'Autre. Calypso montre des possibilités d'exister hors du regard de la mère et la castration permet de supposer que Calypso n'est pas aux prises avec une image de soi désobjectivante.

5. Conclusion de la vignette clinique : Regard sur soi et observation

Calypso éclaire la manière dont la castration prend place et le rôle qu'elle joue dans les attentes et les demandes inconscientes, qui sont mises en perspective et élaborées sur le plan conscient. Ce fonctionnement marqué par la castration est de bonne augure pour une prise en charge de qualité, en admettant que l'alliance thérapeutique se noue autour de la prise en considération de la parole, et du savoir patient sur son corps et sa douleur. C'est ce que nous avons repéré dans notre analyse.

Le discours éclaire que la dynamique familiale tourne autour du désir de la mère à faire maigrir sa fille. Il éclaire les enjeux spéculaires mère-fille. Cette forme de vécu de persécution concerne l'image de soi et elle est repérée dans l'entretien, majoritairement centrée sur la question de son surpoids. En ce sens, c'est le regard de la mère qui serait « persécutant ». La figure maternelle est parlée comme une personne avec de nombreuses blessures, obsédée par l'image que sa fille renvoie aux autres, dont elle redouterait le jugement. Ce serait pour éviter la confrontation au regard des autres que sa mère aurait fait de son obésité un combat de tous les jours, articulant la vie familiale autour de son désir de la faire maigrir. Sa mère serait prise dans une confusion identitaire puisque reconnaître les enjeux spéculaires reviendrait à avoir la capacité à mettre un écart entre l'enfant idéal et l'enfant réel. C'est dans le jeu imaginaire, articulé à son fantasme de faire maigrir sa fille que viendrait se jouer la reconnaissance existentielle de Calypso, dans cette mesure où la mère paraît vouloir retrouver son image spéculaire dans celle de l'enfant.

Par rapport à cette conflictualité à l'imgo maternelle, nous constatons que l'absence de cristallisation de la libido, appuyée par une mobilisation diversifiée des mécanismes défensifs adaptatifs, lui offre des possibilités de dégagements. L'observation prend une place centrale. Sa capacité à observer les autres lui aurait permis de développer son empathie et son hypersensibilité. Et, Calypso repère que cette hypersensibilité expliquerait la survenue de sa fibromyalgie, bien qu'elle l'éveille également à une auto-observation, lui permettant une prise de recul quant à ses conflictualités intrapsychiques.

Le discours conscient de Calypso est centré autour de l'acceptation. Celle-ci nécessite un véritable travail de deuil, qui n'est possible qu'en traversant le fantasme de la guérison et en se positionnant face à la castration. C'est pourquoi, la reconnaissance du handicap et de son invalidité, est une réparation à l'absence d'assentiment de certaines personnes de son entourage à propos de la fibromyalgie, qui semble la satisfaire. En effet, elle n'est pas appendue au regard extérieur qui viendrait lui signifier qui elle est. Cette reconnaissance a suffisamment fait écho pour mettre au travail ses attentes et son propre comportement au quotidien, comme facteur aggravant ses douleurs (« j'ai appris à ménager mon corps appris à accepter mes douleurs »).

Elle aurait donc fait le deuil de la mère parfaite comme d'une médecine parfaite. Elle évoque sa compréhension des enjeux spéculaires entre elle et sa mère, qui ont précipité leur relation sur le plan narcissique. En effet, la rivalité s'inscrit dans le désir maternel pour le père. Le désir paraît repéré par Calypso puisqu'elle est consciente de la place qu'elle occupe dans le discours. Elle serait en position de rivale, donc d'objet, mais également de double narcissique, en attesterait le désir maternel inconscient de la faire maigrir. Il y a du Tiers dans la dynamique familiale et dans le discours de la mère, puisque le père est perçu comme l'objet de la compétition mère-fille. Ce sont les blessures narcissiques et l'impossibilité maternelle à les déceler et les mettre au travail, qui auraient coloré la relation sur un versant de rivalité, plaçant également Calypso du côté d'une image narcissique intolérable (surpoids) pour la mère. Ce avec quoi elle serait en paix. Il se rejoue le même rapport de renonciation et de résilience à la figure du médecin, qui est avant tout un homme limité par son propre savoir. Cette posture à l'égard de l'Autre lui permet sans doute l'acceptation de la douleur et de devoir vivre avec, car elle comprend l'impuissance médicale. Cette prise de conscience, de ce qui se joue pour sa mère et pour le médecin, c'est-à-dire leur propre manque, encourage inconsciemment une prise de position plus résiliente face à la situation.

La répétition de ce qui se joue dans le lien à la mère et dans la relation thérapeutique est décelable. Calypso ne se sent pas crue par le corps médical qui, globalement, ne l'écoute pas, car il ne lui apporte pas d'autres réponses que celle qu'elle a toujours entendues. Son obésité est la cause de tous ces maux, qu'ils soient psychiques ou physiques. Calypso relate son enfance comme une période entièrement dépendante du désir maternel, qui s'est cristallisé autour d'un objectif : faire maigrir sa fille, et elle ressent que le médecin la pense également responsable de sa condition, réduisant la cause de ses douleurs à son surpoids et à son addiction à la cigarette. Néanmoins, elle dit n'éprouver aucun ressentiment particulier.

En effet, Calypso ne formule aucun jugement par rapport à l'attitude du médecin comme elle n'a pas de jugement par rapport à l'attitude maternelle. Il n'y a ni colère ni revendication dans son discours. Calypso est résignée dans son enfance comme dans sa vie actuelle. Ceci peut faire émerger l'hypothèse d'un système défensif rigide, bien que l'analyse de tout le protocole révèle des capacités adaptatives souples et relativement efficaces. Calypso est d'une nature dévouée. Cet altruisme serait un mécanisme défensif plutôt mature en réaction à une hypersensibilité. Celle-ci s'est progressivement développée à partir de la place d'observatrice qu'elle a prise, corrélat de l'exclusion dont elle a fait l'objet à cause de son obésité. Cette place l'a non seulement amené à analyser les autres, à les observer, mais elle semble également être à la source d'une capacité d'auto-observation. Cette place extérieure c'est celle de l'idéal du moi dont on connaît la portée symbolique.

Au regard de l'ensemble de ces données et de l'analyse que nous en avons fourni, nous supposons que sa capacité à se mettre en position d'auto-observation participe efficacement à la régulation d'une angoisse de castration, décelée en la figure maternelle perçue comme phallique. De plus, cette auto-observation aurait permis à Calypso d'élaborer un travail de deuil de l'image de soi et d'accéder à une forme de résilience, c'est-à-dire la capacité à surmonter le manque.

De plus, le transfert au médecin ne se joue pas que sur le plan narcissique, car elle fait preuve de discernement entre l'homme (narcissique-imaginaire) et sa fonction (symbolique). Cet écart entre l'imaginaire et le symbolique introduit la castration. L'homme derrière le médecin n'est pas réduit à sa fonction. Il incarne une figure de l'Autre mais il est un autre avec ses limites.

Tout ceci témoigne que la résistance psychique peut se manifester lorsque la relation se joue sur le plan narcissique, suivant la nature du transfert : positif avec sa rhumatologue et négatif avec les autres médecins, mais que celle-ci est assouplie voire abolie par la compréhension des enjeux qui agissent dans le lien à l'Autre, maternel et médical. En acceptant la castration de l'Autre, c'est sa propre castration qu'elle a appris à accepter.

IV. AMALTHEE OU LE POIDS DE L'EXEMPLE

« *J'ai jamais rien eu* »

1. Présentation et repères biographiques

« *Amalthée j'ai 43 ans actuellement sans emploi* ». Amalthée est mariée et a une fille de six ans. Ses douleurs débutent après un accouchement difficile et traumatique, en 2013. « *C'était une césarienne en urgence...ils m'ont tellement secoué que les douleurs après l'accouchement pendant une semaine je me suis pratiquement pas levée...ils m'ont encore une fois fait passer une échographie pour voir parce euh qu'ils comprenaient pas que j'avais encore tellement mal* ». Les médecins ne comprennent pas pourquoi elle continue d'éprouver des douleurs aussi fortes, après son accouchement, alors que l'échographie ne révèle « rien », qui expliquerait leur présence.

Les douleurs font parties de sa vie depuis l'enfance. Elle explique qu'elle a eu des impatiences dans les jambes, qui lui faisaient mal, mais que les soins maternels rendaient cela supportable. Sa mère atteinte d'une polyarthrite rhumatoïde est décrite comme une femme admirable, dévouée aux autres et jamais dans la plainte malgré sa maladie. Cette idéalisation de la figure maternelle participe aux difficultés à faire face à son décès, survenu il y a dix ans. Ce qui suscite encore beaucoup d'affects. Amalthée paraît être aux prises avec un deuil compliqué. Actuellement, elle s'occupe également de son père atteint d'un cancer qui vit désormais au domicile familial, avec son mari et sa fille de six ans. Une enfance idyllique apparaît dans le récit et suscite des résistances de sa part lorsque nous abordons cette partie de sa vie.

Avec les médecins, beaucoup de méfiance pourrait expliquer une prise en charge qu'elle estime inefficace. Une résignation globale se repère et conduit à une démedicalisation des soins. Elle s'orienterait désormais vers le Reiki ou encore le magnétisme, car elle se dit très ouverte à cela, plus encore, elle pense avoir des dons de médium. Ces derniers auraient une fonction de réassurance, car à travers cela, elle garde un lien avec sa mère décédée avec qui elle pense communiquer, ce qui lui permet de survivre à sa perte (« elle est décédée tellement vite je pensais pas survivre à ça »).

2. Le lien à l'Autre dans l'enfance : entre idéalisation la vie de famille et de la figure maternelle

2.1. Enfance et adolescence idylliques

Lorsque nous abordons son enfance, nos investigations la mettent particulièrement en difficulté. Elle entend nos questions neutres, comme une volonté de chercher ce qui ne va pas : « *j'ai jamais mal vécu quoi que ce soit c'est pour nan y'avait rien* », « *je peux pas dire j'ai eu une enfance spéciale ou malheureuse ou difficile* », « *c'est pour ça je dis y a rien de spécial parce que finalement ma jeunesse s'est passée sans disputes sans accrochages* », « *rien de choquant* », « *avec mes parents j'ai pas eu de soucis je veux dire y'a rien qui je peux pas dire j'ai eu une enfance spéciale ou malheureuse ou difficile ou c'était normal ouai nan y'a rien eu de (silence)* ». Amalthée est d'emblée fortement sur la défensive. Elle projette sur nous un sentiment un peu persécutif, comme si nous souhaitions trouver quelque chose de négatif sur son enfance. Probablement que la représentation qu'elle se fait de notre fonction de chercheur en psychologie y contribue. Mais cette attitude peut également faire songer à un désir de ne pas vouloir en savoir davantage que l'image idéalisée qu'elle se fait de son enfance. La rationalisation de son vécu, ne laissant apparaître aucun affect, abonde dans cette hypothèse. Amalthée narre une vie de famille traditionnelle qu'elle inscrit dans un idéal de vie : « *j'ai pas eu de soucis je me suis super bien amusée j'ai eu une belle enfance pour les études c'est pareil on m'a laissé faire (silence)* », mais elle est prise dans une contradiction qui appuie le déni supposé précédemment. Elle alterne entre une représentation idéalisée de sa famille et la prise en compte de la réalité : « *j'avais le droit de faire ce que je voulais (ton aigu)* » mais « *je peux pas dire que j'ai eu ce que je voulais* » ; « *je me faisais gronder mais j'ai jamais eu des soucis comme d'autres à l'adolescence parce qu'ils avaient pas le droit de faire* ».

Nous repérons un clivage. Il n'y a, non seulement, pas de continuité dans son discours, c'est-à-dire qu'elle ne met pas les événements en lien, mais son discours est également marqué par la démesure (« tout » ; « jamais »). Amalthée aurait vécu son enfance comme idéale et réitère ainsi le style de vie de famille dans lequel elle a baigné dans son enfance avec sa propre fille : « *maintenant aussi ce que je fais avec ma fille* ».

Par contre, le père est inexistant dans son discours. Ce schéma est répété dans sa vie actuelle, où seule sa fille ou leur relation est évoquée. Son mari est exclu de son discours. La relation mère-fille serait une relation sans Tiers.

« C'est moi qui organisais les anniversaires surprises (ton aigu) (insistance) c'est moi qui proposais ça (ton aigu) (insistance) c'est moi qui m'occupais des autres (ton aigu) (insistance) quelqu'un qui est en panne c'est bon j'y vais je vais te chercher ton truc ». Amalthée se dépeint comme quelqu'un de dévoué, qui aime s'occuper des autres. Cette répétition (« c'est moi ») donne au discours un aspect égocentré témoignant d'une attitude omnipotente, se rendant indispensable pour les autres. Elle associe cela à de l'hyperactivité qu'elle banalise : *« je dirai pas hyperactif dans le fait où faut tout le temps faire quelque chose mais hyperactif (bafouillage) en fait dans le truc bah ouais je me fais passer un peu après les autres hein (ton grave) je vais plus regarder que (silence) que les autres soient bien que moi-même ».* Elle explique que ce n'est pas un besoin de « faire », qui la motive, pourtant elle semble animée par un besoin de faire plaisir. De plus, elle se persuade que son comportement est altruiste, bien qu'il traduise un besoin d'utilité et de maîtrise, voire de contrôle, qu'elle interroge à la lumière de ses propos : *« j'avais toujours envie de gérer (insistance) mais pas gérer méchamment (ton interrogatif) j'avais pas l'impression d'imposer le truc (ton interrogatif) ».* Amalthée semble déstabilisée et reconnaître que sa façon d'agir est excessive tout en la déniait. Le déni a la fonction d'un voile qu'elle pose sur la réalité externe et interne, afin de maintenir l'image qu'elle se fait d'elle et qu'elle désire que les autres lui renvoient.

2.2. Figure maternelle idéalisée

Son enfance est entièrement baignée dans une relation maternelle perçue comme idyllique : « *sans disputes sans accrochages* ». La relation est « *très très très fusionnelle* » et la présence de la maladie de sa mère y est engagée : « *cette maladie a toujours été là* ». La maladie fait partie intégrante de leur histoire familiale. Amalthée a toujours eu des douleurs dans les jambes et des problèmes de sommeil : « *j'avais tout le temps très très mal* ». Ces moments de douleurs sont en même temps des moments de fusion avec sa mère : « *maman elle passait beaucoup de nuit à me caresser les jambes* », « *elle me caressait les pieds (rires)* ». On repère également un discours sans mesure (« très »), sans limites.

« *Elle est décédée là cette année y a 10 ans elle avait 54 ans je l'ai perdu en 3 mois d'un cancer* ». La soudaineté de la maladie et de la perte « *je l'ai perdu en 3 mois d'un cancer* » agissent à la manière d'un trauma, dont elle ne semble pas avoir fait le deuil. S'en est suivi d'un dévouement aux autres membres de sa famille malade, sa mère n'étant plus de ce monde pour le faire : « *dans la foulée j'ai déplacé mon grand-père en unité Alzheimer je me suis occupée de ma grand-mère qui est décédée en 2018 (souples) ... ça fait un peu plus de un an que je m'occupe de mon papa (silence) alors je sais plus pourquoi on parlait de ça (rires)* ». L'identification est massive et montre un désir de perpétuer le comportement maternel. S'est-elle sentie investie de ce rôle pour faire honneur à sa mère défunte ? Devait-elle se montrer aussi exemplaire ? Des soupirs et l'éruption d'un rire marquent des difficultés à élaborer son propre dévouement, mais sont peut-être le signe d'une lassitude à remplacer sa mère défunte auprès des autres, qu'elle ne peut verbaliser.

Son besoin de se rendre indispensable s'inscrit dans une identification massive à sa mère de l'enfance : « *après ça c'était ma maman aussi hein j'ai été élevée dans le fait d'aider les autres* ». Amalthée attribue ce dévouement à l'éducation que sa mère lui a donnée. Sa mère est « *le bâton de la famille malgré sa maladie* ». C'est elle qui dirige et organise la vie de la maison, bien qu'elle soit malade. Amalthée reprend le flambeau de sa mère : « *je reprends aussi un peu quoi* ». Elle s'est identifiée à sa mère par rapport à ce dévouement aux autres et cette capacité à tout gérer. Plus encore, sa mère paraît être une figure maternelle idéale, un modèle à suivre.

Celle-ci a eu la polyarthrite rhumatoïde après sa naissance. Malgré son invalidité à 100%, elle s'est toujours occupée d'enfants malades, bien que ce n'était pas son métier. Elle a ainsi gardé une fille atteinte d'un cancer, un enfant atteint de trisomie, un autre garçon malade des poumons. Au fur et à mesure qu'elle parle de sa mère et de son dévouement aux enfants malades, des larmes émergent. « *Elle a fait 18 ans de bénévolat à l'école je pense pour se rendre pas utile mais voilà c'était comme ça* ». Cette dénégation préserve l'image d'une mère sacrificielle et bienveillante, et la rationalisation met un terme à l'élaboration. Amalthée rejetterait une autre représentation de sa mère qui ne semble pas convenir sur le plan conscient, celui de son idéal.

Ce rejet est à nouveau présent dans le discours lorsqu'elle parle de sa pathologie : « *je la voyais pas malade parce qu'elle faisait toujours tellement pour les autres et pour moi* ». Elle associe cette représentation au refus qu'elle a eu pendant un temps d'aller à l'école et de laisser sa mère seule à la maison. Amalthée prend conscience que son inquiétude était présente enfant : « *c'est vrai que j'étais je pense avec le recul certainement un peu angoissée de la perdre* ». Une angoisse de perte semble peser depuis l'enfance. La représentation maternelle idéale a pour fonction de juguler cette angoisse. Elle peut ainsi demeurer une figure de sécurité, solide et exemplaire, sur laquelle elle peut se reposer. Une identification massive se jouerait par rapport à la maladie. Amalthée semble vouloir incarner cet idéal qu'elle se fait de sa mère, qui malgré une maladie rhumatismale douloureuse et handicapante, ne se serait jamais plainte, faisant passer les autres avant elle. Or, cette identification est pathologique, dans la mesure où Amalthée semble prise dans une compulsion de répétition, incarnant ainsi l'enfant idéal pour sa mère. Elle paraît ainsi accaparée par le désir maternel, qui la conduit à demeurer dans une position phallique (être l'enfant désiré).

« *J'avais le droit de faire ce que je voulais je sortais (ton aigu) je partais le samedi soir* » et « *j'ai tout le temps eu le droit de faire pleins de choses... fallait juste que je dise où j'allais (ton aigu) et puis de temps en temps elle venait elle vérifiait* ». Amalthée parle de sa mère et la décrit comme quelqu'un de permissif et de compréhensif, ce sur quoi elle appuie de façon significative dans le contenu verbal comme dans le ton employé. L'idéalisation est encore une fois présente et d'autant plus marquée qu'elle associe cela aux vérifications maternelles largement minimisées dans le discours (« *fallait juste* »).

Du déni est repérable et appuyé par une justification : « *je le prenais pas mal c'était pas du genre elle venait me surveiller elle venait elle buvait un coup elle rentrait elle savait que j'étais là-bas que j'avais pas menti... elle rentrait parfois à 11h minuit le soir pour voir si effectivement j'étais bien à cette soirée* ». Le discours apparaît défensif en tout point, afin de maintenir intact le fantasme d'une mère parfaite. Il n'y a aucune conflictualité conscientisée. Son moi semble s'arranger pour masquer et embellir la réalité externe, bien que le discours laisse transparaitre une forme de contrôle maternel. Celui-ci est appuyé par le système maternel mis en place. Amalthée reconnaît que sa mère savait où elle se trouvait, car tous les habitants du village se connaissaient : « *eux il me connaissaient tous...je savais que je ne pouvais pas gruger* ». Le regard maternel se serait infiltrait dans tous les autres regards, orientés sur ces faits et gestes. Amalthée est à nouveau dans l'impossibilité d'entacher la représentation idéale qu'elle se fait de sa mère. Pourtant, la répétition dans le discours de ce comportement maternel montre qu'une conflictualité se joue sur le plan inconscient. Elle n'avait pas d'autre choix que de dire la vérité à sa mère, qui, de toute façon aurait appris ses mensonges.

Elle ne s'autorise pas plus à questionner cette attitude maternelle, refusant consciemment l'omniprésence du regard. Or, sans mouvements de haine, la séparation objectale est compromise.

Amalthée opère un clivage pour préserver cette figure maternelle idéale. Le regard qui surveille, le mauvais objet, est celui des habitants du village. Le regard maternel, en tant que bon objet, peut subsister dans le psychisme. Sur le plan identificatoire, la représentation idéale est ambivalente. D'une part, l'identification à cet idéal est contraignante. Elle la conduit à incarner comme elle, un modèle de dévouement et d'organisation au regard des autres, ce qui participe à cette exigence qu'elle s'impose à elle-même. D'autre part, la représentation idéale a une fonction de contenance. Elle permet à Amalthée de neutraliser des affects d'angoisse de mort. Par conséquent, le déni de la réalité externe la conforte d'un côté, mais la condamne de l'autre.

3. La relation médecin-patient : une répétition familiale douloureuse

3.1. Clivage entre bons et mauvais médecins

« *Le rhumato il a dit fibromyalgie oui c'est ça exactement vous avez raison mais bon il a rien dit de plus* » et « *il y a pas de papier on a juste évoqué fibromyalgie et moi je crois que c'est même moi qui en avait parlé parce que j'avais pris un papier et ça correspondait vachement à ce que je ressentais donc on a juste prononcé le nom fibromyalgie* ». Ce ne sont pas les médecins qui posent le diagnostic, mais ils valident le diagnostic réalisé par la patiente. L'absence de papier dans son discours converge avec l'absence d'objectivité de la pathologie, puisque ce sont les écrits (le visible) qui font office de preuves. L'absence de preuves semble remettre en cause l'adhésion au diagnostic, comme le suppose le passage suivant : « *j'ai dit je crois que parfois on préfère avoir un cancer pour avoir un truc acté* ». Ce « *truc acté* » est-il la preuve qui manque à Amalthée pour sentir qu'elle intéresse son médecin ? Un cancer la rendrait-elle plus légitime en tant que patiente ?

C'est ce que le passage suivant montre lorsqu'elle aborde la consultation de son mari avec ce rhumatologue : « *mon mari qui y était pour une infiltration pour le coude...ça passait plus ou moins crème parce que c'est visible* ». Pour Amalthée, l'absence de preuves visibles de la pathologie est à l'origine de ce désintérêt. Lorsqu'elle évoque le cancer durant une consultation, le rhumatologue réagit à ses propos : « *je crois que c'est pire d'avoir un cancer que d'avoir ça* ».

Le médecin aurait donné son avis sans pouvoir entendre ce que sa plainte recouvre. C'est sur la plan narcissique que se joue ici la relation médecin-patient, tous deux pris dans des enjeux inconscients qui semblent les dépasser. La parole d'Amalthée n'aurait non seulement pas été entendue, mais aurait engendré un comportement défensif de la part du médecin. La relation au médecin s'éprouve dans l'opposition et le manque de considération de sa plainte en tant que sujet ne lui permet pas de se sentir comprise, écoutée et en confiance.

A leur insu, le transfert semble avoir généré une résistance à la relation thérapeutique. La suite des événements appuie cette hypothèse : « *les deux fois où j'étais chez le rhumato à ... je suis sortie j'ai pleuré il est arrogant comme pas possible (murmure) j'y retourne plus du coup après je suis plus allée chez un rhumato j'ai continué le traitement avec le docteur* ». Le déroulement de sa consultation se joue plus sur le plan affectif que médical, ce qui est l'indice d'un transfert imaginaire. Elle le décrit comme un homme « *arrogant comme pas possible* ». Cette arrogance pose des difficultés à instaurer une alliance thérapeutique. C'est la relation même qui est devenue une source de souffrance. Que vient-elle réactualiser pour qu'elle se joue sur le plan affectif et imaginaire ?

Amalthée explique alors que c'est vers son médecin de famille qu'elle se tourne après la déception que lui a provoquée sa rencontre avec ce rhumatologue. Par contre, il se serait également désintéressé de ses douleurs : « *le docteur il a pas prêté plus attention que ça* ». Le discours dépeint ainsi deux figures médicales : celle de l'arrogance et celle de l'indifférence, mais elle ne développe pas plus son ressenti par rapport à cela.

De plus, elle est en manque d'écoute : « *je suis pas sure qu'ils écoutaient hein (rires) non ils non ils écoutaient à peine* ». Son médecin traitant « *disait dépression* », mais également que « *c'était beaucoup dans ma tête* ». Amalthée comprend que les médecins pensent que ses douleurs relèvent plus d'un problème psychologique. Ce avec quoi elle ne consent pas. Elle éprouve une forme d'injustice car les douleurs visibles sont indemnisées par des aides sociales tandis que la fibromyalgie n'est même pas reconnue : « *quelqu'un qui a une hernie discale il va être invalide il va avoir des aides certainement ou je sais pas je dis des aides ou de la compréhension tout simplement que quelqu'un qui a mal et qui a une fibromyalgie c'est H24 et on nous propose rien parce que euh parce que la plupart des médecins* ».

Ce long passage montre l'association qui s'opère entre la pathologie visible (hernie), les aides et la compréhension, et la fibromyalgie (invisible), faisant signe d'un abandon de la part du corps médical. « *On passe un peu pour les fous après moi c'est d'après aussi ce que je lis moi* ». L'emploi du pronom « *on* » est le signe d'une identification et d'un discours Autre, et par cette association, nous comprenons qu'elle explique que le caractère invisible induit un manque de proposition thérapeutique. Et qu'elle rabat du côté de la folie le présumé psychologique à ses douleurs.

Le discours témoigne ainsi d'un clivage et d'un manque de continuité élaborative. Nous nous demandons également quel est le poids de ce discours partagé. Ne participe-t-il pas à appuyer un sentiment de rejet et de stigmatisation (« les fous ») ?

La relation au médecin est peu élaborée sur le versant de l'éprouvé, alors qu'il se joue sur le plan psycho-affectif. Elle relate un manque d'écoute, d'arrogance et de jugements, mais ne fait aucune autre association jusqu'à la fin de l'entretien où elle parle de l'aide dont elle sa mère aurait été privée : « *j'ai jamais eu maman elle a jamais eu de kiné hein (..) jamais elle a toujours acheté ses chaussures hyper cher elle a jamais eu des chaussures orthopédiques hein* ». Ce collage à la mère nous questionne quant à la différenciation subjective et désirante. Est-ce que Amalthée demande réparation pour sa mère ?

Par ailleurs, elle trouve que ses relations professionnelles se sont améliorées après l'annonce de sa maladie : « *ça c'est beaucoup mieux passé une fois malade que avant* ». Son médecin du travail « *disait toujours que je suis quelqu'un de elle a dit je vous cite toujours en exemple parce que vous voulez pas lâcher [...] que voilà elle a dit vous êtes pas quelqu'un vous vous plaignez pas et voilà* ». Au regard de ce médecin, Amalthée est un exemple, elle est persévérante et ne se plaint pas. De ces propos elle ressent de la fierté : « *fière* », « *je peux frimer* », « *j'ai toujours bien fait* ». La pathologie apparaît comme un faire-valoir et nous pouvons mieux comprendre les raisons qui la poussent à toujours en faire davantage. Elle ne veut pas lâcher cette image exemplaire que les autres ont d'elle, car cela lui renvoie une image valorisante à son propre regard. Ce qui la renforce alors sur le plan narcissique. Cette exemplarité qui prend place rejoint l'admiration qu'elle a pour sa mère qui était à ses yeux un exemple de dévouement et d'altruisme. Le discours médical participerait ici à la perpétuation de cette image de soi omnipotente.

Ses trois consultations même dans un Centre de la douleur n'ont guère été de meilleurs augures. A part la gentillesse du médecin, cela n'aurait servi à rien : « *moi ça m'a pas plus aidé* ». L'insistance sur le « moi » donne l'impression de l'exception, comme si cela pouvait fonctionner pour d'autres, mais pas pour elle. Le traitement étant mis en place, il n'y a pas lieu pour le médecin du Centre de poursuivre le suivi : « *vous avez compris comment la gérer je pense pas que c'est la peine de revenir* ». Le discours révèle que l'arrêt du suivi est concomitant de sa capacité à gérer la situation et vient en écho à un comportement répétitif (tout gérer), qui s'actualise durant la consultation médicale. Les propos du médecin du Centre de la douleur confortent d'autant plus Amalthée dans cette omnipotence qui la caractérise.

« *J'ai envie de dire le meilleur médicament c'est un peu la personne* ». Ses propos vont dans le sens des propos du médecin du travail et du Centre de la Douleur. Les personnes fibromyalgiques auraient, selon les propos de deux médecins, « *c'est quand même des médecins qui me l'ont dit* », un profil identique : « *dans l'entraide dans le soutien pas dans l'humanitaire mais dans la compréhension des gens...dans l'empathie* ».

Les propos de certains médecins renvoient l'idée de traits partagés par les sujets atteints de fibromyalgie, comme l'hyperempathie, l'hypersensibilité et le dévouement : « *c'est toujours le même chemin de vie les gens qui ont beaucoup donné aux autres dans l'empathie* ». Elle s'identifie aux propos des médecins et pense désormais que cette empathie et cet altruisme l'ont probablement épuisée.

Or, ce discours ne favorise pas le renoncement à cette exemplarité imaginaire, pourtant nécessaire au travail de subjectivation. Cette cristallisation dans l'image de soi n'est pas un gage de résilience. Le discours médical ne ferait que conforter la relation sur un plan narcissique et imaginaire.

3.2. Mythologie de la douleur : de l'actuel à l'enfance

Amalthée réalise qu'elle est dans le même rapport à la douleur depuis son enfance : *« j'ai toujours eu l'impatience des jambes avec le recul et tout le temps ces mêmes douleurs en fait petite (ton plus fort) »*. C'est dans la lignée maternelle que s'inscrit ce rapport au corps. Les douleurs chroniques prennent place dans un contexte de première grossesse : *« j'ai commencé à avoir des douleurs au niveau au moment où je suis tombée enceinte en 2013 et comme je connaissais pas je pensais que c'était un peu la grossesse qui me donnait ces douleurs »*. La survenue des douleurs chroniques est associée à sa grossesse, évènement sur lequel elle insiste.

« J'ai accouché en juillet 2014 (..) et là jusqu'en octobre 2014 c'est là où j'ai commencé le traitement de cortisone on m'a laissé un an sous cortisone et là-bas ben j'avais tout le temps encore mal et plus la cortisone avançait moins je dormais plus j'avais des douleurs ». Elle décrit un phénomène de cercle vicieux. La prise de la cortisone accentuerait sa fatigue qui aggraverait ses douleurs.

En revanche, le discours ne montre pas d'opposition ou de conflictualité par rapport à cela. Elle paraît plutôt compliant à prendre un traitement qui ne semble pas efficace au vu des douleurs qui perdurent et s'accroissent. De plus, elle décrit un accouchement traumatique : *« ils m'ont tellement secoué que les douleurs après l'accouchement pendant une semaine je me suis pratiquement pas levée ... les douleurs sont jamais parties elles ont augmenté après »*. Quel lien se joue entre la grossesse, la violence de l'accouchement et la persistance des douleurs ?

Amalthée nous fait part d'un évènement qu'elle fait mine de ne pas vouloir nous communiquer, nous lui rappelons ainsi la règle de confidentialité. Elle explique que ses douleurs ont été à l'origine de sa décision d'avorter lors d'une seconde grossesse : *« j'ai je suis retombée enceinte en janvier et j'avais tellement mal que je me suis dit que c'était pas possible de voilà donc j'ai avorté en janvier »*. Le lien inconscient s'ordonne autour de la naissance et la pathologie. Sa mère a été atteinte de polyarthrite *« aussi juste après ma naissance ouai »*. Elle fait l'association (« aussi ») entre l'apparition de la maladie chez sa mère et l'apparition de ses propres douleurs.

Amalthée a toujours connu sa mère avec la maladie et la douleur. A son tour, elle a toujours eu des douleurs et sa fille assiste à la même scène qu'elle dans son enfance. La fille d'Amalthée commence également à avoir ces impatiences dans les jambes. La douleur a permis l'instauration de ce lien fusionnel entre Amalthée et sa mère. Les douleurs dans les jambes sont devenues une opportunité de créer un moment de plaisir, de bienveillance, de complicité, un moment privilégié entre une mère et son enfant. Ce qu'elle reproduit avec sa propre fille.

Par ailleurs, la polyarthrite rhumatoïde maternelle a conditionné la prise en charge d'Amalthée. Lorsque les médecins lui font passer des examens médicaux, l'objectif premier est de vérifier si elle n'a pas hérité de la pathologie : *« j'ai passé quelques jours deux jours en hôpital de jour à XX pour vérifier pour faire tous les tests qu'ils font à tout le temps la sécheresse des yeux la bouche une densimétrie osseuse par après mais bon y'avait rien par rapport à la polyarthrite de ma maman »*. L'hypothèse des médecins quant aux douleurs d'Amalthée se porte sur la polyarthrite rhumatoïde, car elle peut avoir une étiologie génétique. Néanmoins, nous nous demandons comment cela s'articule fantasmatiquement (*« y'avait rien par rapport à la polyarthrite de ma maman »*).

Elle évoque également ses tendinites aux chevilles et ses douleurs dans les jambes, pour lesquelles de multiples radiologies ont été prescrites, ainsi qu'un traitement à la cortisone. D'après elle, les résultats négatifs par rapport à cette polyarthrite ont non seulement abouti à l'arrêt des investigations, mais à un abandon du corps médical *« parce qu'après on m'a complètement laissé tomber »* ; *« ... comme y'avait rien (silence) après c'est un peu passé dans les oubliettes »*.

Auraient-ils été satisfaits de trouver une pathologie objectivable sur le plan médical (une polyarthrite plutôt qu'une fibromyalgie) ? Amalthée s'attendait-elle à plus d'investigation pour se sentir considérée en tant que malade, ayant une plainte spécifique à comprendre ? C'est ce que révèle ce passage : *« on avait rien cherché de plus »*. Elle s'attendait donc à plus des recherches supplémentaires, comme gage de l'intérêt que les médecins lui porteraient et cet arrêt coïnciderait à un abandon pour elle. Ceci la pousse à fantasmer d'autres pathologies à l'origine de ses douleurs : *« je reste persuadée que la fibromyalgie que c'est Lyme non reconnue en France »*. Cette certitude empêcherait Amalthée d'adhérer à son diagnostic de fibromyalgie, ce qui est un frein pour sa prise en charge.

De plus, les investigations médicales se centrent sur la pathologie maternelle (la polyarthrite) ce qui favoriserait une identification massive à la mère. C'est comme si Amalthée n'avait pas de subjectivité propre en dehors de la présence maternelle. Cette hypothèse est étayée par l'association qu'elle opère entre les traitements donnés à sa mère et sa propre défiance quant aux médicaments : *« avec le recul je me dis c'est aussi un peu à cause de ça que j'ai arrêté les médicaments... elle est décédée d'un cancer de l'œsophage estomac par rapport à tous les traitements »*.

3.3. Lorsque la prise en charge produit des effets de réminiscence

Après avoir fait l'hypothèse avec son médecin de cette potentielle fibromyalgie, le rhumatologue lui prescrit le traitement qu'elle conçoit comme usuel pour cette pathologie : *« traitement habituel de ce qu'il donne à la fibromyalgie le Lyrica et le Laroxyll »*. Globalement, elle qualifie sa prise en charge de : *« mauvaise mauvaise mal orientée mal conseillée ... des médicaments c'est tout c'est tout »*. Le ton agacé et les répétitions dans le discours montrent la lassitude générale, la déception et le mécontentement que sa prise en charge lui fait éprouver.

Amalthée aurait pris son traitement par acquis de confiance envers la figure du médecin, jusqu'à ce qu'un phénomène d'usure arrive : *« au début comme dit on croit les médecins et bêtement on prend les médicaments parce qu'on est persuadé que ça va nous aider et puis...je pense que j'en ai eu marre de manger ses médicaments... »*. La présence d'un discours partagé (« on ») marque à nouveau le besoin d'appartenance et d'identification. Elle pense que les traitements ne l'ont jamais soulagée bien qu'un sentiment de doute subsiste : *« ça m'a jamais soulagé hein jamais hein je crois pas »*. Peut-être que ce discours partagé aurait alors participé aux difficultés d'adhésion au traitement. Peut-être aussi que l'identification au discours lui a fait prendre conscience de son propre comportement à l'égard de la figure médicale, qui est dépeinte comme figure de savoir, en témoigne, l'adhésion aveugle (« on croit ») à ses traitements.

Ce qui nous interroge au-delà des hypothèses émises est que le doute l'empêche de prendre conscience de son vécu et de mettre du sens sur sa propre expérience. Ce qui se repère dans le passage suivant : « *moi je croyais ce qu'on disait finalement comme j'ai cru un an de cortisone et comme j'ai cru au Lyrica ... maintenant je crois plus en rien* ». Amalthée paraît particulièrement crédule et l'absence de soulagement lui a fait perdre totalement confiance. C'est un comportement dans la démesure que nous constatons et qui témoigne de la présence d'un clivage. En plus, appuyée par une soumission au discours médical, cette démesure met en lumière un comportement infantile et immature face à la fonction du médecin. Bien que le ton du discours demeure relativement neutre, une légère variation de ton, oscillant entre de la lassitude et de l'agacement, est repérable. Cette répression sur le plan affectif tempère la démesure qui se joue sur le plan intellectuel.

« *Et puis après tout s'est enchaîné ma maman mon papa c'est mensonges sur mensonges dans le médical moi je crois plus en rien plus en la médecine* ». Sa prise en charge fait écho à celle de ses parents, qu'elle qualifie de mensongère. Ceci témoigne de la perte de confiance qu'elle a à l'égard du corps médical qui serait plutôt en lien avec l'histoire parentale que la sienne et éclairerait alors le doute que nous avons constaté en amont (« *ça m'a jamais soulagé hein jamais hein je crois pas* »). La factualité du discours est toujours présente, avec à nouveau une légère variation dans le ton qui laisse apparaître un sentiment de colère bien que très réprimé.

Selon Amalthée, la prise en charge du cancer de sa mère est « *une prise en charge mais à vomir à vomir* ». Cette remémoration est fortement prise dans l'affect, qui se traduit dans le corps. Le « vomissement » montre le caractère hautement pulsionnel de ce dégoût. Le manque, d'information et d'explication, ponctue le discours sur la traversée de la maladie de sa mère : « *moi j'ai appris que c'était tellement grave une semaine avant qu'elle décède* ». Y'aurait-il eu une sidération ou un déni par rapport au cancer de sa mère ?

Son décès s'inscrit dans un climat de violence, car il est hors-sens et brutal. Quelque chose fait trou dans le savoir et semble se rejouer dans le transfert au médecin. Lorsque Amalthée répond au rhumatologue qu'elle préférerait avoir un cancer (qui tient au fantasme, à l'imaginaire), c'est le retour du réel hors symbolisation, qui se manifesterait.

De plus, elle déplie sur le ton de l'étonnement l'absence de savoir qu'elle a sur ses droits en tant que patiente : « *enfin même moi je savais pas qu'on pouvait être invalide pour ça donc moi j'avais mal j'ai toujours vu maman ne jamais avoir eu de soutien ou quoi que ce soit moi je sais maman invalide* ». Amalthée minimise sa pathologie qu'elle compare à l'invalidité de sa mère, bien qu'étant reconnue invalide, n'aurait pas eu de soutien. L'idéalisation qui se joue à l'égard de sa mère viendrait empêcher toute possibilité de réparation, comme si rien n'était jamais assez bien ou suffisant pour cette mère idolâtrée.

La consultation chez un oncologue amène beaucoup de colère qu'elle articule à un évènement particulier : « *au téléphone il appelle sa collègue ah tu prépares on va lui élargir l'œsophage nein nein nein je pourrais aussi lui faire une gastrostomie (elle imite le médecin) puis il s'est retourné mais tu sais pas par rapport à l'espérance de vie enfin tu comprends (elle imite le médecin) j'ai dit putain* ». La familiarité du discours appuie davantage une colère non digérée. Cet évènement résonne avec la maladie de sa mère mais également avec l'absence de considération qu'elle éprouve de la part du corps médical. Les diverses attitudes et discours médicaux, par effets d'accumulation, auraient mis un terme à la confiance et à toute possibilité d'une alliance thérapeutique, la conduisant à arrêter tout traitement et tout suivi médical.

Amalthée évoque alors les autres alternatives possibles qu'elle refuse de prendre, car ils ne sont pas pris en charge : « *tout ce qui est un peu dans le bien-être ou les compléments alimentaires c'est pas remboursé* » et « *on m'avait parlé du Ginkgo biloba [...] mais pareil c'est de notre poche* ». Elle ne veut pas payer pour sa santé, car elle vivrait la douleur comme un préjudice, qu'elle formule à deux reprises : « *je veux dire la maladie on l'a pas choisi ... il faut toujours mettre quelque chose au bout alors que c'est pas choisi* ». Le sentiment d'injustice converge avec celui de l'omnipotence. Comme elle subit sa condition douloureuse, cela devrait fatalement être pris en charge par un Autre.

En ce sens, bien qu'Amalthée articule la prise de distance avec la pathologie avec le travail qu'elle a fait sur elle : « *c'est vrai que après en faisant un peu un travail sur moi-même depuis 2017 on va dire j'arrive à vivre autrement cette maladie* », cette prise de recul apparaît plus comme une résignation. De plus, elle évoque sa capacité à gérer sa douleur et les limites de son corps de manière factuelle : « *je fais de la méditation et j'écoute en fait j'écoute le corps...je pense que j'ai envie de dire le meilleur médicament c'est un peu la personne* ». La rationalisation du discours (« je pense que ») et le doute (« j'ai envie de dire ») témoignent plus d'une inscription dans un discours Autre qu'une appropriation et une mise en sens. Cette hypothèse est étayée par sa réaction au décès maternel ayant conduit à l'abandon de tout traitement. Ce n'est pas un travail introspectif mais le fantasme que les traitements sont à l'origine du décès qui a amené Amalthée à prendre ses distances avec le corps médical.

Cet abord de la maladie nous interroge quant à ses possibilité d'ancrage dans le principe de réalité au profit d'une toute-puissance de la pensée. En même-temps, le préjudice subit ne la concernerait pas. Elle désire réparer ce qu'elle ressent comme de l'injustice et faire ainsi reconnaître sa souffrance, qui concerne la perte violente de sa mère et la maladie de son père, habitant désormais à son domicile pour qu'elle puisse s'en occuper à plein-temps.

4. Structuration du désir au Rorschach

4.1. Narcissisme grandiose et fragile

Les valeurs quantitatives du protocole d'Amalthée nous indiquent une attitude globale très passive, et peu impliquée et concernée. Le nombre de réponses qu'elle donne (12) est bien en dessous de la moyenne. De plus, la passation, hors enquête, a été réalisé en moins de six minutes (332''). Le temps de latence moyen avant de donner une première réponse est de 3,2'' alors que le temps moyen par réponse (TR) est de 27,67''. Cette différence s'explique par le fait qu'Amalthée met du temps à passer à la planche suivante. On pourrait penser qu'elle est dans la réflexion, mais nous supposons plutôt des difficultés élaboratives, presque comparables à de la sidération psychique. Le protocole est plutôt inhibé (une réponse par planche), sauf aux planches III et VII (deux réponses par planches), propices à mobiliser respectivement les imagos parentales, et l'ïmago féminine et maternelle.

L'approche dans la globalité prime sur les détails. Il y a une ambivalence qui s'interroge à la lumière de la succession des réponses dans le mode d'appréhension du matériel (G% 58,33 ; D% 33,33 ; Dd% 8,33), et du nombre de réponses de mauvaise qualité formelle (5/12) et l'unique référence « banalité ». Le mode d'appréhension pourrait indiquer un certain conformisme, tandis que les autres indices montreraient plutôt une tendance à vouloir marquer sa différence, à sortir de ce conformisme. Cela peut aussi montrer des difficultés de secondarisation, d'autant que le D%, plutôt bas par rapport à la norme et à 50% de mauvaise qualité formelle, peut signifier la pauvreté des élaborations.

Nous avons noté K%, l'ensemble des kinesthésies (K, Kan, Kob) du protocole pour avoir un aperçu global des possibilités projectives d'Amalthée. La projection prévaut sur la perception (K% = 41,67 ; F% = 33,33 ; F+ = 25%). Les kinesthésies de bonne facture (N=4/5) et sont associées à des perceptions globales. Les déterminants sensoriels (CF% = 16,67%), quant à eux, sont de mauvaise qualité formelle. Cela peut être le signe d'un repli narcissique ou d'une soumission au principe de plaisir, favorisant la rêverie à l'adaptation à la réalité extérieure.

L'analyse de contenus révèle la prédominance des contenus animaux sur les contenus humains (A%50 – H%25). Un A% élevé est un indice de résistance et les contenus humains plus bas que la norme montre une certaine indifférence dans la relation à autrui, signes d'un fonctionnement plutôt narcissique. Par contre, au l'absence d'indices de faux-self (H% > N et A% = N), corrélé à un indice d'angoisse légèrement au-dessus de la norme (25%), peut signifier l'échec de la fonction défensive de l'image de soi.

De plus, elle présente une attitude relativement passive. C'est nous qui demandons si nous pouvons faire passer les planches après un certain temps, marquant la fin des réponses supplémentaires. Il y a peu manque de curiosité pour le matériel en témoigne les commentaires : « *je sais pas* », qui apparaissent aux planches III, V et IX, « *j'ai pas d'imagination ce matin* » à la planche III ou encore : « *ça m'évoque rien de spécial* », planche IV.

Les deux planches I et V, témoignant des capacités adaptatives et défensives selon la qualité des assises identitaires, mettent Amalthée particulièrement dans l'embarras.

A la présentation de la première planche, Amalthée paraît sidérée par la perception du matériel : « *Euh un insecte (3'') c'est tout un insecte* ». Elle répond au bout de 3'' et sa pensée est inhibée (« c'est tout »). Le blocage des associations suppose qu'elle ne veut pas en savoir davantage et étaye le manque de curiosité supposée en amont. L'inhibition marque le début de la passation. Probablement que la sidération repérée masque une anxiété latente.

A la planche V, elle ne se cache pas de son agacement qui se repère dans la tonalité de sa voix et ce commentaire hors réponse, qui s'apparente à une rumination et du doute. « *Je sais pas les autres gens ils partent.... (marmonne et emploi un ton comme si ça l'agaçait de faire cet exercice). Moi je vois juste un papillon enfin c'est pas que je vois juste c'est que ça représente un papillon pour moi* ». Nous ne comprenons pas bien ce qui se dit à l'enregistrement, mais cela a un rapport avec les autres. Elle semble avoir un besoin de se comparer aux autres dans cet exercice qui la met en difficulté (comment font-ils ?), peut-être un besoin que l'Autre authentifie ce qu'elle voit.

Des facteurs de résistances sont présents : G% élevé, protocole inhibé et court, A% élevé. Couplés à des perceptions de mauvaise qualité formelle à 41,67%, mais aussi à des fragilités narcissiques, nous supposons que ses mécanismes défensifs ne lui permettent pas de s'adapter sereinement à ce que le matériel sollicite. Amalthée est majoritairement dans l'inhibition (« ça m'évoque rien de spécial », « c'est tout », « j'ai pas d'imagination ce matin »), mais son système défensif n'est pas suffisamment solide pour maintenir certaines sollicitations inconscientes à distance. Les mouvements projectifs sont ainsi plutôt interprétés comme une soumission à l'impact du matériel et un débordement pulsionnel difficile à maîtriser. Ceux-ci témoigneraient de la mise en échec du moi à contenir les mouvements pulsionnels.

4.2. Régression symbiotique et porosité des limites

A la **planche II**, Amalthée repère dans les deux détails rouge en D9 « *des poumons (rires) des poumons* ». Le rire fait signe d'une angoisse, hypothèse renforcée par une dénégation à l'enquête : « *ah poumons aussi ? nan j'avais pas dit des rhinocéros ? (SH : vous avez dit les deux) ah ? (ton interrogatif) ah (ton résigné) ben poumons c'était ça (SH : le rouge ?) ouai le rouge* ». L'évitement est à son apogée. Elle perçoit bien les poumons, puisqu'elle repère facilement leur localisation une fois que nous lui avons confirmé sa réponse. Cette négation des mouvements pulsionnels peut s'expliquer par une réaction d'angoisse face à la perception de la couleur rouge. Cette exploitation du détail rouge sert à délimiter les contours de la perception, mais il n'y a pas d'association entre la couleur et le contenu pulsionnel.

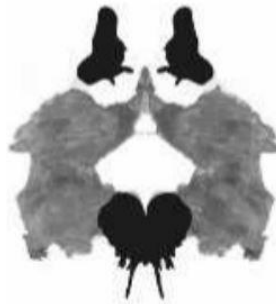


Planche II, détail D9

La seconde réponse indique une érotisation des relations : « *deux rhinocéros qui s'embrassent (rires) (5'')* », qui engendre un besoin d'étayage à notre égard : « *faut que je décortique l'image ou la première impression de que je reçois sur l'ensemble ? (SH : tout ce que vous voulez) nan c'est bon* ». Il ne semble pas qu'elle ait eu besoin d'une réponse à sa question, puisqu'elle ne donne aucune autre réponse. Cela nous fait supposer qu'elle s'est saisie de façon défensive de la première question qui lui est venue pour se dégager du matériel.

Les procédés défensifs sont particulièrement massifs à la **planche III** : « *deux personnes (10'')* j'ai pas d'imagination ce matin, *nan deux personnes ouai deux personnes je sais pas s'ils dansent ou si je sais pas (6'')* *nan deux personnes je sais pas je pense je sais pas ce qui font mais ils sont face à face et euh (4'')* ». On repère le recours à des procédés de type inhibition, comme le doute (« je sais pas s'ils dansent ou si... »), et anonymisation des personnes, mais nous constatons également des défenses très labiles : non-savoir et méconnaissance (quatre « je sais pas »), rationalisation (« je pense ») et absence d'imagination/justification (« j'ai pas d'imagination ce matin »). La mise en relation et surtout l'érotisation des relations pose des difficultés, comme à la planche II, rappelant la confrontation à la scène primitive et le sentiment de honte pouvant émerger à la vue du couple parental dans l'intimité.

« *Oh là là (rires) deux petits anges comme les trucs de Noël qui tournent avec la flamme en dessous (2'')* *(me parle) quand on a une flamme avec les trucs de Noël enfin moi j'ai un truc comme ça avec des anges qui tournent avec la chaleur (me parle)* » La **planche VII** renvoie Amalthée à des souvenirs personnels, probablement que des mouvements régressifs sont en jeu. La spécularité met en scène un moment chaleureux de symbiose entre des personnages anonymes et asexués (les anges). Ils évoquent la candeur et l'innocence, en tant que symbole de vertu. Cette représentation apulsionnelle pourrait avoir pour fonction de contenir les mouvements pulsionnels qui ont émergé aux planches II et III. De plus, la symbiose marque une régression à l'état d'indifférence d'avec l'objet.

A la **planche VIII**, la première réponse en D18 : « *des rats laveurs dans la forêt (4'')* » et la seconde en Dd19 : « *des marmottes plutôt (7'') ouai elles sont en train de monter euh elles sont en train de monter une un truc de terre ou un arbre ou (3'') ouai* » sont de bonne qualité formelle et montrent qu'Amalthée s'abandonne à la régression au vu du mouvement de la perception vers la projection. Probablement que la dimension sensorielle sollicitée par la couleur pastel de la planche est favorable à cette régression et à la possibilité d'une projection qualitative.

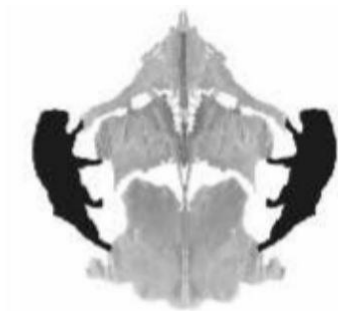


Planche VIII, détail D18



Planche VIII, détail Dd19

La **planche IX**, maternelle, amène du doute : « *je sais pas avant de la voir correctement ça m'a fait penser à des poumons (9'') ouai des poumons (rires)* » (D9). Il y a aussi de la confusion, car les poumons sont la première représentation qui lui vient et manifeste une persévérance sur une représentation déjà mobilisée à la planche II. Par contre, elle dissimule la représentation « correcte » car elle n'en dit rien. Il s'opère ainsi un déplacement entre deux représentations, dont l'une d'entre elles reste opaque. Ce déplacement, marqué par la mauvaise qualité formelle de la réponse, indique une mauvaise intégration de la dimension sensorielle. De plus, la régression sur le réel du corps montre une porosité des limites, marquée par la transparence de l'enveloppe corporelle. L'absence de curiosité accompagne le déplacement réalisé et une indécision est repérable à l'enquête : « *je crois que c'est juste à cause du rouge et la forme et la colonne vertébrale* ».



Planche IX, détail D9

La **planche X** provoque un rire immédiat, non pas angoissant, mais à caractère d'évidence : « *(rires) l'appareil génital (13'')* ». L'absence de temps de latence et la référence à l'appareil génital évoquant le sexuel/la conception, illustrent l'efficacité de la régression. En même temps, on peut se demander si la réactivité immédiate au matériel ne témoignerait pas de son incapacité à mobiliser son système défensif efficacement. L'appareil génital est sexualisé : « *en fait c'est le coccyx les ovaires (rires) et ça l'illustration des trompes le rose les trompes* » (à l'enquête) et évoque le retour à la symbiose mère-enfant de la grossesse.

4.3. Angoisse de castration et dénégation de la différence sexuelle

L'anonymat des protagonistes à la **planche III** (« deux personnes ») et à la **planche VII** (« deux petits anges ») nous questionne quant au repérage de la différence sexuelle. A la planche III, la mise en relation soulève de l'angoisse. A l'enquête, elle précise que les personnes sont en fait des enfants : « *c'est comme si elles faisaient comme ça (elle mime) ... comme les enfants* ». A la planche II, les petits anges évoquent aussi l'infantile du sujet. Aurait-elle de la peine à s'identifier à une figure masculine ou féminine, de sorte que la projection infantile asexuée la mettrait à l'abri de ce choix ?

La perception de la **planche IV** a un effet anxiogène : « *ouh là (rires) j'aurai dit un géant comme un monstre euh ça c'est les pieds et le haut du corps* ». Elle s'en défend par l'émergence d'un rire. Même si c'est une réponse globale, à l'enquête nous nous rendons compte qu'elle dénie la protubérance phallique en son centre, en se focalisant sur deux localisations : « *ça c'est les pieds et le haut du corps* ». Elle enchaîne après quelques secondes par une tentative d'annulation de la perception : « *ça m'évoque rien de spécial hein (7'')* », comme si elle ne voulait, à nouveau, rien en savoir. L'interjection « hein » fait signe qu'elle demande notre accord à demeurer dans l'ignorance. La métonymie entre le géant et le monstre provoque simultanément le passage d'une perception claire à une perception plus floue et angoissante. La planche est appréhendée dans sa dimension massive, de puissance et phallique de par la perception du géant. Néanmoins, la métonymie, l'annulation rétroactive et l'évitement de la grande protubérance phallique, nous font supposer une angoisse de castration.

La présentation de la **planche VI** provoque un rire et un « commentaire hors réponse » : « *(rires) un renard transformé en tapis (8'')* c'est le côté psychologique ça ? *(rires)* ». Cette sollicitation externe appuie le besoin d'authentification par un autre de ce que la tache est censée représenter pour elle, comme cela a été le cas à la planche V. Le savoir paraît être détenu par un Autre. La « transformation », qui s'opère, l'interroge sur la visée du matériel. Ceci nous fait associer sur l'indécision présente aux **planches II, III, IX**, qui l'empêche de verbaliser une réponse claire, semble être éclairée à cette planche, comme si elle venait de comprendre en quoi consistait l'exercice demandé. La réponse est cependant courte et nous fait supposer qu'elle ne porte pas d'intérêt particulier à cet exercice ou tente de s'en débarrasser. A l'enquête, elle précise percevoir des moustaches sur le détail phallique, déplacé sur une image animale (« renard »). Amalthée semble dans l'évitement de la représentation phallique de la planche.

4.4. Synthèse du Rorschach

Le Test du Rorschach met en exergue une indifférenciation sujet/objet, qui perdure à travers une idéalisation marquée de l'imaginaire maternelle et de sa propre image. Cette indifférenciation s'inscrit dans une spécularité très marquée que nous retrouvons à travers les réponses humaines, non-humaines ou animales, souvent anonymisées. Ceci accentue le déni dont Amalthée a très souvent recours pour s'éviter de se confronter à des représentations ou des affects contraires à ce besoin d'idéaliser sa vie. Le déni est présent spécifiquement par rapport à la différence sexuelle. La mise en relation objectale est favorisée par une désexualisation (« personnages » ; « anges »), où la pulsionnalité est abolie, sinon déplacée sur une projection animale (« rhinocéros qui s'embrassent »).

Une absence de limites est repérée du côté d'une soumission au principe de plaisir, supposée par la saillance de la projection, et d'une carence de la fonction du savoir, étayée par une absence de curiosité (« je sais pas », « je crois », « j'ai pas d'imagination ce matin » ; « ça m'évoque rien de spécial »). L'absence de castration peut être étayée par un non désir de savoir, appuyant ainsi un désir de demeurer à une place d'objet de jouissance pour la mère. Bien que nous repérions des attitudes défensives contre cette position subjective. En effet, Amalthée nous sollicite, se pose des questions et se parle à elle-même. Ce besoin marque une fragilité narcissique et un désir de tester la solidité du cadre. Ce fonctionnement questionne la place et la fonction de l'instance Tierce, qui viendrait marquer une tentative de se différencier et se séparer de l'objet maternel. Cette réaction étaye également un besoin de réassurance, qui éclaire un manque de confiance en son propre savoir. Ainsi à travers l'appel qu'elle nous adresse, elle peut se raccrocher à notre regard. Nous interprétons cela comme une difficulté à supporter le manque (de regard).

La pauvreté des réponses et la rapidité de la passation sont des réactions défensives d'évitement et d'inhibition. Nous interprétons les facteurs de résistances élevés au regard de la soumission à l'impact du matériel, comme une labilité des défenses. Le débordement pulsionnel est difficile à maîtriser, sauf par la régression et l'idéalisation.

Elle est plutôt soumise à une passivité qui la préserverait de l'angoisse et la conforte dans la symbiose maternelle. Cette interprétation est étayée par l'absence d'indices de faux-self corrélé à un indice d'angoisse au-dessus de la norme, qui peut signifier l'échec de la fonction défensive de l'image de soi. Par contre il n'est pas spécifiquement massif, car nous supposons que chez Amalthée, l'angoisse est contenue et jugulée par l'idéalisation maternelle et son refuge dans une position passive. Celle-ci est marquée par de fortes capacités régressives. Elle paraît compenser la fragilité de son image de soi par une régression très marquée et par une soumission au principe de plaisir, favorisant la rêverie à l'adaptation à la réalité extérieure, qui fait défaut. Tout ceci, mis en perspective avec des difficultés à s'identifier à une figure masculine, appuie d'autant plus le retrait vers le refuge que la position féminine offre (absence de décision, soumission, passivité).

De plus, la mise en relation est pauvre et désexualisée. Une certaine indifférence dans la relation à autrui signe un fonctionnement plutôt narcissique. Et, la planche III marque particulièrement le déni de la projection et l'absence de curiosité du côté de la scène primitive. Cette désexualisation appuie l'idéalisation repérée du côté de la relation primitive à la mère et l'évitement conflictuel continue d'être efficace grâce cet ancrage dans une position passive et à l'absence de mouvements agressifs.

Une indécision significative étaye cette passivité, cette absence d'implication et cette rêverie très infantile.

5. Conclusion de la vignette clinique : idéalisation de l'Autre et reconnaissance de l'exception

Amalthée renseigne sur les effets d'une idéalisation, masquant toute conflictualité objectale et narcissique, mais faisant émerger des attentes et des demandes inconscientes également idéalisées et impossibles à satisfaire. Les fragilités narcissiques et les comportements infantiles étayent ses difficultés à s'ancrer dans la réalité externe, qui est clivée, afin de maintenir une cohérence et structurer son monde interne.

La fonction pathologique de l'idéal se manifeste dans des attentes irréalistes et infantiles (une vie simple, sans questionnements, sans difficultés, sans contraintes). La réparation au dommage causé par la maladie est contingente à cet idéal imaginaire et mortifère. Le fantasme d'idéal où rien ne manque est celui qui prend place dans son enfance. La relation fusionnelle à sa mère dépeint un sentiment océanique dépourvu de limites et de contraintes, où le Tiers est absent à sa fonction. Amalthée est sur la défensive dès qu'on se rapproche de ses représentations familiales. Elle perçoit la figure maternelle comme idéale et ne peut accepter aucune autre représentation qui entacherait cette idéalisation. Son image narcissique fonctionne également sur ce versant de l'idéal. Elle est exemplaire pour les autres et cette image d'elle la rassure autant qu'elle la précipite dans une forme d'usure. Par ailleurs, l'omnipotence chez Amalthée paraît également problématique dans le sens où elle est en lien avec une image de soi irréaliste. Idéalisation et omnipotence peuvent aller de pair pour maintenir à tout prix une image de soi grandiose.

Cette dépendance massive à la mère de l'enfance, l'absence de Tiers dans le discours et les mécanismes défensifs avec un niveau d'adaptabilité peu élevé témoignent d'un niveau de structuration du désir immature. En ce sens, cette image idéale semble être intériorisée comme une contrainte. Il marque un fonctionnement marqué par l'absence de limites. Tout ceci empêche l'appropriation et la mise en sens du vécu, car il accentue le déni dont Amalthée a très souvent recours pour alimenter inconsciemment cette idéalisation de sa vie. De cette manière, elle peut maintenir un lien indifférencié avec sa mère.

Un besoin de compréhension de la part des médecins témoigne d'un besoin de reconnaissance qui passerait par certaines attentes idéales à combler. C'est pourquoi, la reconnaissance d'invalidité de seconde catégorie ne suffit pas à la satisfaire, c'est-à-dire à réparer le handicap que lui provoquent les douleurs dans son quotidien. Par conséquent, nous situons sa *demande consciente* du côté des investigations, jamais suffisantes, ni rassurantes, car, dans son fantasme, elle pourrait souffrir d'une autre maladie, spécifiquement la maladie de Lyme. Elle pourrait, selon elle, également souffrir de son excès d'empathie, que nous interprétons comme un effet d'identification aux propos des médecins, car ils résonnent avec une représentation idéale de la figure maternelle.

De plus, l'absence de reconnaissance de la maladie est liée à son « invisibilité » au regard des examens médicaux. Dans l'inconscient, cette demande de reconnaissance est articulée à un manque, qui s'apparente à une privation passée (« j'ai jamais rien eu »). Ceci résonne avec la colère encore présente vis-à-vis du décès maternel. Nous interprétons cela, comme une réparation qui concerne la mauvaise prise en charge de sa mère, mais également de son père, et par contingence la reconnaissance de la souffrance dans laquelle cette perte violente l'a conduite. La violence concerne la temporalité de l'annonce de la fin de vie et la gravité de l'état de santé maternelle, qui semblent avoir entraîné un deuil pathologique. Elle ne s'était pas préparée à sa perte, et se retrouve dans l'incapacité de mettre du sens sur le déroulement des événements et intégrer cette perte sur le plan psychique.

Amalthée est prise dans le deuil de sa mère, impossible à surmonter. La douleur a d'ailleurs toujours été le médiateur de la relation fusionnelle qu'elle entretenait avec elle, que ce soit par rapport à la pathologie maternelle ou par rapport à ses propres somatisations dans l'enfance (douleurs dans les jambes). Ce lien fusionnel n'a jamais été rompu et depuis son décès, Amalthée ne cesse de pleurer sa perte.

Une problématique mélancolique semble faire le lit de la somatisation.

Grâce au surinvestissement narcissique de l'excitation douloureuse, le sujet peut maintenir un lien indifférencié son objet idéalisé. Ainsi, ce n'est pas la récupération d'un corps fonctionnel qui la préoccupe, mais la réparation des préjudices moraux, qui se répète et se joue continuellement dans ce fantasme de vie idéale, sans contraintes et sans responsabilités. Cette omnipotence l'enferme quelque peu dans une image de soi également idéale, qui se formalise dans son quotidien par cette exemplarité qu'elle souhaite maintenir et montrer aux autres. C'est pourquoi, lorsque le discours médical appuie en ce sens, il ne fait que la conforter sur le plan narcissique, dans une image d'elle-même, qui certes, la comble, mais qui est également mortifère. L'exemplarité chez Amalthée est une contrainte qui la conduit à ce comportement omnipotent (tout gérer) qui peut potentiellement contribuer à avoir recours à des comportements algiques.

Enfin, la contradiction entre ce qu'elle dit de façon consciente et les manifestations de l'inconscient (défenses, processus du discours, l'énonciation) montre que la résilience est en fait une adaptation de façade, un placage à un discours Autre, face à la situation, Autre qu'un discours marqué par la castration. Ce hiatus entre énoncé et énonciation est intéressant dans la mesure où il renseigne sur l'écart entre l'image de soi et l'être profond, entre les enjeux transférentiels pris dans le registre imaginaire et les enjeux transférentiels analysés sur le plan symbolique.

La figure du médecin montre comment le clivage agit au sein même de la relation thérapeutique. D'un côté les « bons » médecins qui lui renvoient une image narcissique très satisfaisante pour elle (l'exemple à suivre) et de l'autre, les médecins indifférents et arrogants la renvoyant à son propre regard (l'enfant ignorant). Cette exemplarité est un gage identitaire qui comble un narcissisme fragile. Le clivage et l'idéalisation, quant à eux, émergent et colorent la relation thérapeutique selon deux possibilités. Soit Amalthée est perçue en exemple, ce qui la comble narcissiquement, et le médecin devient le bon objet, soit elle se sent rejetée, et le médecin devient alors le mauvais objet.

Au regard de l'ensemble de ces données et de l'analyse que nous en avons fourni, nous pouvons dire que la conflictualité repérée par rapport à la figure du médecin réactive des blessures narcissiques profondes, car il y a un effet de réminiscence avec les prises en charge médicales parentales. En analysant la demande inconsciente, nous constatons des attentes idéalisées qui font apparaître un comportement plutôt infantile, supposant des difficultés à tolérer la frustration. Ceci vient en écho à l'enfance idyllique fantasmée. Ce rapport à l'Autre se joue sur le plan narcissique où, non seulement, elle se montre exemplaire, mais cette image idéalisée lui est également renvoyée par le regard que le médecin porte sur elle.

L'idéalisation opère comme un filtre qui masque toute conflictualité. En l'absence de mouvements d'opposition ou d'agressivité, c'est une incapacité à s'émanciper du désir maternel qui se joue. L'idéalisation de la figure maternelle, donc une figure omnipotente et omnisciente, comme nous avons pu le repérer, fait qu'elle doive se montrer digne au regard de la mère comme au regard de la figure médicale. C'est ainsi que nous comprenons ce besoin d'être une femme exemplaire. Elle est exemplaire au regard du médecin comme elle devait l'être au regard de la mère idéalisée et admirée.

Tout ceci témoigne qu'un patient qui semble gérer, comme cela est le cas pour Amalthée, repéré comme tel par les médecins, n'est pas un gage d'adhérence thérapeutique, comme on peut l'entendre dans les discours scientifiques. Cela conforte l'image narcissique du sujet (être fort, gérer), au risque de l'enfermer davantage dans cette image non castrée qui ne permet pas de faire face au manque, et à la frustration.

Cette cristallisation rend l'ensemble de la prise en charge problématique, car elle est « narcissisée » par le discours médical, mais celui-ci l'enferme dans à une place qui fait écho au montage fantasmatique de son enfance. Ce qui empêche Amalthée de se positionner autrement dans la relation que comme une patiente exemplaire et amène à deux issues. Si le médecin lui renvoie cela, il est perçu en bon objet, et la conflictualité demeure masquée. Si le médecin lui renvoie une mauvaise image d'elle, il devient le mauvais objet et la conflictualité fait apparaître une dévalorisation de l'Autre, afin de se préserver intacte l'image idéalisée qui lui permet de aussi la cohésion de son montage fantasmatique. Dans les deux cas, l'alliance thérapeutique est compromise, car elle est aux prises avec des conflits d'ordre narcissique non conscientisés et non élaborés.

V. SINOPE OU LE TRAUMATISME DE L'ENFANCE

« J'ai trouvé du sens dans ma souffrance »

1. Présentation et repères biographiques

« Je m'appelle Sinopé j'ai 45 j'ai 3 enfants un garçon de 22 une fille de 19 et un autre garçon de 13 ans et je suis ambulancière actuellement ». Ses enfants, sa vie de mère, mais également de professionnelle semblent tout aussi important pour Sinopé dans sa vie actuelle. De son enfance, règne un climat de violence, entre un père maltraitant, un grand frère, handicapé mental, incestueux, trois autres grand frères subissant la violence du père et une mère apeurée et désemparée. Sinopé est la dernière de la fratrie qui ne compte que des garçons, sans doute des rivaux pour le père qui ne porte de coups que sur ses fils. Sinopé est à l'abri de la violence, mais devient victime à son tour d'un frère qui semble incapable d'intérioriser les interdits ou les limites, bafoués par la figure d'autorité.

Dans sa vie actuelle, Sinopé a traversé énormément d'épreuves, comme elle le dit, tant psychiques que physiques : une enfance violente et incestueuse, des gausses couchées, des accouchements traumatiques aux conséquences funestes (fibrome, hystérectomie). Chaque intervention sur son corps a été l'objet de conséquences graves : des césariennes compliquées et une ligature des trompes, réalisée par une technique nommée ESSURE qui consiste à implanter des petits ressorts par voie basse. Ils se seraient disloqués dans le corps, provoquant une infection de l'utérus. Une hystérectomie a donc été réalisée, provoquant des douleurs ayant duré bien plus longtemps que le délai « normal » de récupération. Sa féminité et son devenir mère sont profondément touchés.

Un goût certain pour la littérature dès son plus jeune âge et une profonde spiritualité l'aident en mettant du sens sur cette souffrance et sur les terribles angoisses avec lesquelles elle vit depuis l'enfance.

2. Le lien à l'Autre dans l'enfance : un passé traumatique

2.1. La violence intrafamiliale : une insouciance volée

« Alors je viens d'une famille de ben j'ai quatre grands frères mon père était quelqu'un de violent de maltraitant mais jamais avec moi toujours avec mes frères ». Sinopé aborde son enfance après nous avoir parlé de son hypersensibilité en nous donnant un exemple : « je vais voir un enfant pleurer à la télé ça va m'atteindre ». Nous comprenons cette association comme une identification marquée, qui s'origine dans un passé douloureux, où elle se reconnaît en l'enfant malheureux.

Nous repérons qu'elle s'interroge sur la différence de traitement que le père opérait entre elle et ses frères, ce qui lui fait éprouver de la culpabilité : « je culpabilisais de pas recevoir moi des coups et pourquoi mes frères et pas moi ». C'est le non-sens de cette différence de traitement qui semble être à l'origine de sa culpabilité. Pourtant, Sinopé a eu son lot de violences, notamment de l'inceste de la part d'un frère aîné atteint d'un handicapé mental et un déni familial à ce sujet : « j'ai eu des attouchements par rapport à mon grand frère pendant des années ». L'aveuglement de l'entourage l'aurait conduit à un mutisme : « personne n'a vu moi j'ai rien dit ».

La fonction de reconnaissance du regard échoue et l'empêche de prendre conscience : « j'avais pas conscience que bref », de la gravité du geste. Ce sur quoi elle met un terme (« bref »). Nous repérons la difficulté à en dire quelque chose, le récit demeure factuel et elle déplie cela sur un ton très détaché. En effet, les attouchements demeurent du côté d'un réel insaisissable jusqu'au jour où elle rencontre celui qui deviendra son mari : « du coup ben quand j'ai rencontré mon mari à l'âge de 14 ans tout ça s'est mis en place d'un coup ». Le traumatisme a eu lieu lorsqu'elle a découvert que la sexualité était une affaire de couple et non entre frère et sœur, « c'est là que j'ai su que c'était pas normal ». L'inceste a pris sens dans l'après-coup, provoquant dans cette même temporalité une effraction psychique que nous pouvons comprendre à la lueur de ses propos : « des angoisses terribles la nuit terrible quand je vous dit qui m'ont même poussé à des idées de suicide j'avais des angoisses terrible terrible terrible de je me sentais harcelée j'avais des sueurs des douleurs je faisais des cauchemars beaucoup de cauchemars... des images de mort euh de sang de comme si quelqu'un me mettait ces images devant moi euh je comparais ça à un chemin de croix toutes les nuits ».

La culpabilité est également éclairée dans ce passage, mais une culpabilité non oedipienne. Le chemin de croix est un acte de dévotion pour commémorer la souffrance du Christ. C'est une manière de rentrer en communion avec le Divin. Probablement que la culpabilité est profondément ancrée dans la transmission des valeurs chrétiennes familiales.

Le silence de sa famille ainsi a été interprété comme une normalité des faits. Elle était dans l'impossibilité de signifier à son frère un refus, car elle n'avait pas conscience de l'interdit de l'inceste. Le déni parental est perçu comme une absence d'attention, la laissant sans recours et sans secours.

De plus, les difficultés à élaborer sur ces événements sont appuyés par la contradiction et l'absence d'incarnation du discours (« on ») et révèlent un échec de la symbolisation, comme le montre le passage suivant : « *quand on pardonne on avance y'a que comme ça que j'ai réussi ouais ouais j'ai pas encore tout à fait pardonné peut-être à mes parents parce qu'ils ont pas fait attention à moi de ce côté-là* ». Sinopé explique que le pardon permet de passer à autre chose et à avancer, ce qu'elle pense avoir réussi à accomplir, bien qu'une contradiction se repère, puisqu'elle évoque ensuite l'absence de pardon. Il y a une identification à un discours extérieur, qui se comprend comme une tentative de mettre du sens, qui échoue. Néanmoins, elle paraît prendre conscience de son discours (« ouai ouai »). Ces mots marquent un moment de réflexion qui aboutit à relativiser son propos : « *j'ai pas encore tout à fait* ».

Sinopé reconnaît la maltraitance de son père et l'inceste de son frère tout en la minimisant : « *j'ai toujours vécu dans un climat de violence on va dire verbal surtout verbal parce que moi j'ai pas subis la maltraitance* ». Du déni est décelable dans son discours et lui permet de poser un voile sur ces événements, car ils seraient dangereux et violents à intégrer pour le psychisme. Par conséquent, elle négocie avec les traumatismes de son enfance en minimisant les faits mais surtout en réprimant le pan émotionnel. L'absence de verbalisation des affects appuie cette idée. Le déni met à distance la représentation des événements infantiles et la répression sauvegarde l'intégrité psychique en maintenant les affects liés aux traumatismes infantiles dans les bas-fonds de sa psyché.

« A l'âge de 9 ans mon père a fait un accident de voiture il était paraplégique et donc je pense que c'est ce moment là où tout s'est arrêté il y a plus eu de violence à la maison ». Ses frères auraient longtemps fait obstacle à la violence paternelle pendant son enfance, jusqu'à ce qu'un accident remette toute la dynamique familiale en perspective. « Mon père j'ai plus parlé jusqu'à l'âge de 15 ans je m'en fous il pouvait faire tomber sa cuillère je la ramassais pas j'étais rebelle ». Elle explique son attitude comme des actes de rébellion envers son père, ce qui appuie la banalisation de la situation, ramenée du côté des représentations des problématiques adolescentes. La contingence entre l'accident, et la perte la supériorité physique et psychique du père, et les comportements rebelles de Sinopé, indiquent qu'il est moins question de problématiques adolescentes que de la manifestation de son profond rejet et son opposition à ces comportements violents passés. « J'étais très jeune quand je l'ai perdu après il a plus joué son rôle de papa ». Elle a perdu son père lorsqu'il a perdu sa mobilité. Il ne pouvait être père que dans la violence. Sa diminution physique a provoqué un deuil de l'image du père violent : « la maladie nous a permis de nous réconcilier et voilà quoi ». Mais qu'en est-il de l'instauration de la fonction paternelle ?

Il y a un blocage des associations, qui peut se comprendre comme un désir de demeurer dans une forme d'oubli. Effectivement, nous constatons que dans son discours, la diminution physique de son père, lié à sa paraplégie, a engendré un deuil du rôle paternel, bien qu'elle explique que la maladie leur aurait permis de se réconcilier. C'est alors le passage suivant qui éclaire ce deuil, en parlant de l'enfance de sa mère : « elle même elle a perdu son père à l'âge de 9 ans des choses qui se répètent et voilà ». Une identification à la mère étaye ce que l'énoncé du discours laisse apparaître. Il s'agirait alors du deuil maternel qui prend place dans les propos de Sinopé. La perte de son grand-père, au même âge où s'est produit l'accident paternel, aurait-il engendré le sentiment de culpabilité face à ce père désormais fragilisé par la maladie ? Y'aurait-il eu un vœux inconscient de la mort paternelle ?

Sinopé n'a pas de souvenirs heureux en famille comme elle le dit : « j'ai aucun souvenir de mes parents qui étaient bien ensemble enfin qui rigolaient ensemble y'avait toujours soit des disputes soit de la violence soit elle pleurait ».

Cette ambiance conflictuelle au quotidien l'aurait empêché de trouver sa place d'enfant : *« j'ai peut-être pas pu m'exprimer quand en tant que tel en tant qu'enfant déjà y avait pas de place...je tenais pas en place je assise par exemple je pfff ouais j'avais pas je je j'avais pas ma place d'enfant »*. Les conflits permanents n'auraient pas permis à Sinopé de s'exprimer. Aurait-elle tenue à une place d'enfant ?

Une liaison s'opère psychiquement entre une problématique d'ancrage (son besoin de se mouvoir) et l'impossibilité pour elle de s'inscrire à une place d'enfant, parce qu'elle aurait été mise à une place d'adulte : *« j'ai été mis dans la vie on va dire dans la vie d'adulte très vite »*. C'est probablement parce qu'il n'y a pas de place pour l'enfant, mais uniquement pour l'adulte, qu'elle n'avait pas la possibilité d'être une enfant. Cette hypothèse est étayée par l'absence de jeu qu'elle mentionne : *« moi je me souviens que jouer à un jeu moi ça me convenait pas je voulais pas en fait jouer je refusais de jouer »*. Elle explique que jouer comme un enfant ne lui convenait pas, comme si cette décision lui appartenait, bien que ce refus soit expliqué sur le plan symbolique par l'absence de place qui lui a été faite. L'absence du jeu questionne aussi sur la manière dont elle a pu symboliser les événements traumatiques, car le jeu est le moyen que l'enfant a à sa disposition pour juguler et symboliser ses pulsions. Ceci montre que l'accès au registre symbolique a pu faire défaut, mais montre aussi que l'accès au registre imaginaire est compliqué. Le jeu est une manière de faire fonctionner l'imaginaire pour avoir accès au symbolique, grâce au nouage qui s'opère entre les deux. Chez elle, le nouage paraît absent et la mise en sens, de ce fait, inaccessible.

L'oubli a permis pour un temps à Sinopé de continuer à vivre et elle en a conscience : *« c'est notre moyen de défense »*. Elle a dû se faire une place dans cette famille dysfonctionnelle. D'une part, une place de Tiers face à la haine du père, un barrage selon ses propres mots : *« barrage c'est le bon mot barrage »*. D'autre part, une place d'adulte, celle qui témoigne d'une insouciance volée, car il n'y avait pas de place pour être un enfant dans cette famille : *« j'avais pas ma place d'enfant »*.

« Quand je suis rentrée en seconde j'ai lu mon premier livre de ma vie j'ai jamais lu avant j'ai encore aujourd'hui mes livres c'est sacré pour moi c'est resté... faut pas toucher à mes livres ». Une dimension sacrale ressort de son discours et témoigne de l'importance que ses livres ont pris dans sa vie. *« Lire Le Horla de lire Victor Hugo Les Misérables voilà de lire nana de Zola tout ça ça m'a ça m'a vraiment émue et j'ai trouvé vraiment du plaisir je me suis enfermée dans le français »*.

Nous entendons tout l'aspect affectif de sa relation aux livres, un attachement profond presque viscéral. Il semble qu'une identification à ces personnages et leurs histoires a pu faire écho sur le plan affectif et a favorisé l'accès au registre imaginaire. Néanmoins, elle ne dit rien de cela. Elle rabat du côté de la factualité ce que les livres lui ont apportés : « *ça m'a vraiment réussi quoi y'a eu un déclic et euh après voilà j'ai redoublé parce que bon ben en maths et tout ça j'ai jamais réussi* ». Une forclusion du registre symbolique et une isolation des aspects affectifs liés au trauma, empêche Sinopé de mettre du sens à son histoire que son discours met pourtant en lien à certains endroits.

2.2. Absence d'une figure maternelle secourable

Sinopé décrit une mère trop accaparée par ses enfants : « *je sais pas débordée débordée par 5 enfants* ». Cette association dans le discours fait suite au manque d'attention qu'elle a évoqué par rapport aux attouchements se déroulant au domicile familial. Pour Sinopé, sa mère n'a peut-être pas pu voir ce qui se déroulait sous son toit, car son regard se portait ailleurs. Cette explication est psychologiquement plus négociable que le manque d'attention qu'elle a également mentionné. Elle décrit une mère abattue, à : « *pleurer et en train de se battre et moi à côté* », absente et perdue : « *elle savait pas comment faire* », qu'elle associe à la perte de son propre père : « *elle même elle a perdu son père à l'âge de 9 ans des choses qui se répètent et voilà c'est ma grand-mère aussi était seule avec les 4 enfants donc à part pleurer voilà* ». Sinopé repère la répétition et la transmission traumatique dans la lignée maternelle. Elle a conscience que son incapacité à lui venir en aide est en lien avec son enfance difficile, mais n'est pas en mesure d'élaborer plus profondément sur ce qui se joue et stoppe l'association (« voilà »).

Cette spécularité entre son histoire et celle de sa mère appuie une identification massive à cette dernière. Sa mère serait depuis longtemps accaparée par la tristesse et aurait engendré un rapport égocentré dans ses relations, supposant que le primat de la pulsion de mort. La présence anaclitique que Sinopé paraît proposer à sa mère, aurait une fonction symbolique du côté de la pulsion de vie. Sinopé semble alors vivre pour maintenir sa mère en vie.

Cette hypothèse est appuyée par les propos suivants : « *je me suis toujours accrochée à elle parce que je pense bien que dans ce climat euh je me sentais obligée de la protéger je la sentais en détresse en danger bien sûr mais j'avais même pas 9 ans quoi quand tout ça est arrivé donc je n'avais pas de moyens de me défendre de le dire ou de d'appeler au secours quoi* ». Dans ce passage, nous repérons une relation anaclitique et une confusion identitaire. Le rôle maternel, à l'endroit de l'instauration d'un sentiment de sécurité, a échoué. Sinopé s'accroche à sa mère dans ce climat de violence, la sentant en danger, et aurait alors un rôle protecteur envers elle, alors qu'elle parle, en même temps, de sa propre impuissance à se défendre du danger dans lequel elle se trouvait. Dans ce collage à la mère et son attitude envers elle, c'est ainsi son propre besoin de protection qu'elle met en scène. Elle désirerait être sauvée – demande qui ne peut se formuler, sauf à occuper elle-même ce rôle de sauveur. L'inversion des rôles parentaux aurait conduit Sinopé à dresser un rempart défensif pour s'empêcher elle-même de sombrer dans la peur.

Ce rempart défensif est clairement formulé dans le passage qui suit : « *Je sais pas comment dire barrage oui barrage c'est le bon mot barrage* ». Elle sauve sa mère en faisant barrage à la violence paternelle. Sinopé s'apparente à un moi-peau, une enveloppe protectrice, qui serait un prolongement narcissique maternel sans défenses. En ce sens, le cloisonnement des affects par rapport à cette violence intra-familiale, serait issu de la specularité à la mère, comme si cela ne la concernait pas. Ce rempart à la violence paternelle semble encore aujourd'hui se signifier dans la rigidité de son corps, un corps alerte et hypervigilant. Le manque d'une figure maternelle secourable et son propre désir d'être secouru, a conduit Sinopé à devenir cette figure secourable pour sa mère et pour les autres ensuite. Ce dévouement excessif s'entend dans le passage suivant : « *tous peuvent m'appeler nuit et jour c'est pas un souci je suis là* » et « *j'ai beaucoup j'ai beaucoup donné* ». Il n'y a aucune limite aux désirs des autres qu'elle se doit de combler. Une certaine omnipotence se joue dans le rapport aux autres et interroge une position sacrificielle. Néanmoins, cette manière d'agir a engendré « *beaucoup de déception* », car fantasmatiquement, son dévouement excessif aux autres aurait dû répondre à ses attentes : « *quand moi j'avais peut-être un petit peu besoin ils étaient plus là quoi ou ils avaient carrément disparu* ». Ses déceptions l'ont amené à se couper de tout lien social et amical : « *j'ai pas de vie sociale mis à part le travail j'ai pas depuis des années j'ai coupé depuis des années* ». Il y a un comportement radical à la gestion de cette déception. Elle a coupé dans le réel les liens affectifs qu'elle entretenait, car ils ne satisfaisaient pas à l'idée qu'elle se faisait d'une amitié, à savoir, un dévouement mutuel.

Cet excès est également repérable lorsque nous comprenons ce que cela lui coûte psychiquement pour se défaire de ses liens, comme elle le souligne : « *c'était un vrai déchirement pour moi c'était une douleur que j'ai mais des années à surmonter* ». Cet excès est d'ailleurs repéré par Sinopé : « *c'est peut-être des fois une qualité mais c'est des fois aussi un défaut c'est tout ou rien en amitié ou en amour je suis comme ça* ». Elle acte son comportement, comme faisant partie de son identité, et par contingence comme une chose sur laquelle elle ne peut agir. Nous constatons aussi le caractère pulsionnel et somatique de la séparation (« déchirement...douleur ») que nous pouvons entendre comme un continuum ou comme un déplacement de la scène psychique à la scène physique.

2.3. De la symbiose mère-enfant à la Vierge Marie

« *On a toujours été très fusionnelles ouais ouais ouais ouais je me suis toujours accrochée à elle* ». La fusion est décrite comme un collage, une relation marquée par le besoin. Elle s'est accrochée à sa mère pour ne pas la laisser sans protection : « *je la sentais en détresse en danger* ». Elle paraît envelopper sa mère avec son propre corps, comme nous l'avons mentionné en amont, faisant ainsi barrage contre les violences du père. Le sentiment de culpabilité évoqué pour avoir été épargnée de la violence paternelle a probablement engendré ce besoin de protection, comme si une dette symbolique se manifestait à cet endroit.

En même temps, le corps de la mère favorise aussi le maintien de son propre corps, dans le sens de tenir debout, comme l'illustre son vécu après sa césarienne. « *Après la césarienne je faisais une dépression j'arrivais pas j'arrivais pas à m'occuper de mon enfant très dur c'était difficile j'arrive je me sentais pas maman* ». Sinopé est devenue mère à 23 ans, elle n'était pas prête à accueillir cet enfant, mais signale avoir pris ses responsabilités tant bien que mal, malgré sa dépression et ses difficultés à s'inscrire dans ce rôle de mère. Le père de cet enfant (actuellement son mari) n'a pas pu occuper son rôle paternel à ce moment-là : « *il était là mais sans être là il était pas prêt* ». Elle est ainsi allée vivre chez ses parents, car elle était également dans une précarité financière : « *j'étais toujours chez ma mère et j'avais quand même ma mère avec moi* ».

La présence maternelle semble la rassurer, mais lorsque nous lui demandons des précisions, elle nous parle de son absence en tant que soutien : « *tu voulais cet enfant tu t'en occupes* ». C'est la présence physique de sa mère qui paraît importante, ce qui témoigne de l'échec de l'instauration, dans le psychisme, d'un sentiment de sécurité interne.

Sinopé a ainsi mis la Vierge Marie au cœur de sa vie : « *la Vierge Marie je l'ai mis en position numéro 1* ». Sa prière est un appel de réconfort à sa détresse : « *merci de rester avec moi quoi je me sentais plus seule je sentais sa présence je sentais qu'elle me donnait la main tout le temps tout le temps* ». Elle cherche en la Vierge Marie une manière de ressentir un sentiment de sécurité intérieur. Elle serait un symbole maternel, se remplissant sa fonction d'Être secourable, car sa mère n'aurait pas su/pu la protéger de la violence paternelle et de la violence incestueuse de son frère.

La fonction dévolue à la Vierge Marie est salvatrice pour Sinopé : « *j'avais des angoisses terribles terribles terribles de je me sentais harcelée j'avais des sueurs des douleurs je faisais des cauchemars... j'avais tout le temps des images de de mort euh de sang de comme si quelqu'un me mettait ces images devant moi* ». Sa foi lui a permis de juguler de terribles angoisses d'anéantissement et de morcellement. Et nous supposons que la découverte de la littérature à l'âge de quinze ans a été tout autant salvatrice : « *encore aujourd'hui mes livres c'est sacré pour moi* ». Cette dimension du sacré appuie cette hypothèse. Celle-ci a finalement pris sa pleine fonction dans sa foi : « *ma foi en Dieu ça c'est une transformation profonde* ». Sa foi lui permet de mieux accepter les épreuves de la vie : « *ma vie est une épreuve c'est sûr et elle l'est encore et elle le sera encore mais aujourd'hui je l'accepte mieux* ».

3. La relation médecin-patient : une absence de conflictualité

3.1. Echec de la figure médicale secourable

Lorsque nous lui demandons de s'exprimer sur sa prise en charge et ses échanges avec les médecins, son discours met en avant les faits : « *je sais pas quoi penser en fait parce que c'était des enfin les gens que j'ai vu mon rhumatologue il a mis il a écrit officiellement que j'avais la fibromyalgie* ». L'emploi du verbe « penser » montre que le vécu est élaboré sur un plan intellectuel. Il n'y a pas de verbalisation du côté de l'éprouvé. Elle ne saurait pas quoi penser du diagnostic établi, supposant qu'elle a des doutes, bien qu'elle soit allée elle-même voir son médecin traitant pour plaider en faveur d'une fibromyalgie. Ce diagnostic venait expliquer ce qu'elle vivait dans son quotidien.

Avant son diagnostic en octobre 2020, Sinopé explique qu'elle était dans une errance diagnostique, ayant engendré beaucoup de culpabilité : « *je pensais que j'étais trop fragile trop sensible et donc je culpabilisais de pas réussir à faire les choses comme les autres* » et de doutes quant à la réalité objective de ses douleurs : « *si c'était pas dans ma tête en fait ces soucis que j'avais* ». Celui-ci l'a envoyé chez un rhumatologue. « *Mon rhumatologue m'a fait passer tous les tests pour être sûre pour écarter toutes les autres maladies polyarthrites voilà si j'avais pas de virus aussi ou de maladie de Lyme ... il m'a posé le diagnostic* ». Le diagnostic de fibromyalgie est posé comme un diagnostic d'exclusion. Il n'y aurait aucune autre pathologie qui pourrait expliquer ses douleurs. Il confirme ainsi son autodiagnostic : « *en octobre dernier mon rhumatologue m'a dit que j'avais la fibromyalgie donc quand je suis rentrée je leur ai dit peut-être que ça a aidé aussi à comprendre oui à dire que il y a un souci c'est pas que parce que pendant longtemps j'ai douté de moi* ». Le diagnostic médical met du sens sur ce qu'elle éprouve dans son corps, sur son identité, facilite l'apaisement d'un sentiment de culpabilité et de doutes et donne du crédit à sa parole auprès de son entourage. Il met des mots sur cette fragilité supposée.

Cependant, bien qu'elle exprime une certaine satisfaction, elle paraît en même temps en être insatisfaite. Celle-ci est en lien avec son traitement, et la reconnaissance sanitaire et sociale de la pathologie. Sa prise en charge débute par le traitement usuel : anti-inflammatoire, anti-dépresseur, anxiolytique et hypnotiques (ou somnifères), qu'elle ne supporte pas : *« j'ai pas du tout supporté »* ; *« j'ai vomi toute la journée »*. Elle ne prendrait ses médicaments que pour réussir à trouver le sommeil ou pour tenir une journée de travail, *« parce que jusqu'à maintenant je me suis forcée à travailler mais maintenant comme dit je me force plus »*. Les médicaments ont une fonction de « béquilles », qui permettent à son corps de tenir face aux douleurs et ainsi de continuer à travailler. Ils favorisent le déni du corps et ses limites fonctionnelles. Ce sont ses limites mentales qui la font arrêter l'usage des médicaments, *« qui vous font devenir une loque »*.

Sinopé associe la gravité de l'invalidité de la maladie à sa reconnaissance, comme allant de soi : *« comme la maladie est quand même invalidante je me disais au minimum elle est reconnue quoi au minimum elle est reconnue et elle est écoutée entendue et écoutée »*. L'écoute est remise en question et avec elle tout espoir d'être entendue et reconnue. *« Avant ça (le diagnostic) enfin on a l'espoir quoi on a l'espoir qui vont nous donner un médicament... et que on était peut-être dans un pays où c'était possible mais j'y crois plus »*. Le médicament a une fonction de guérison. Si Sinopé est insatisfaite de son diagnostic, cela se joue sur le plan de la guérison qui fait défaut et de la déception des attentes qu'elle a vis-à-vis de la médecine. Dans le discours du médecin, l'absence d'efficacité du traitement serait expliquée par la présence d'une dépression : *« il me disait que j'étais en dépression donc que je devais aller voir un psychologue que je devais prendre des antidépresseurs des calmants pour dormir et moi je leur ai dit oui mais je suis pas d'accord avec ça »*. Sinopé est ambivalente. La dénégation suppose une difficulté à se positionner face à la figure médicale. Elle se soumet à l'avis médical tout en le dénonçant comme faux. Cette dénégation est à nouveau repérable dans le passage suivant : *« mon médecin traitant m'a écouté mais c'est quand même moi qui un jour a pris rendez-vous qui lui a dit c'est moi qui lui a dit j'ai peut-être la fibromyalgie c'est moi qui lui ai proposé »*. Elle dit que son médecin l'écoute alors que c'est elle qui propose le diagnostic.

Le passage suivant nous en apprend davantage sur ce qui prend place sur le plan fantasmatique : « *on mettait toujours ça sur le dos de quelque chose qui était compréhensible au lieu de chercher voilà* ». Sinopé fait ici référence à ses interventions chirurgicales (césarienne, hystérectomie). Le discours médical aurait rabattu la cause des douleurs « *sur toutes ces choses en disant que ça vient de là* », bien qu'elle leur aurait expliqué que ses problèmes douloureux étaient déjà présents avant. Pourtant, nous pouvons nous demander quels effets ces multiples traumatismes ont eu sur le ressenti de la douleur. Ce qu'elle ne semble pas prendre en considération. De plus, l'aspect factuel que prend le discours de Sinopé (« on ») renvoie à un discours partagé, probablement celui du corps médical concernant l'étiologie de ses douleurs.

Lorsque le médecin traitant propose à Sinopé de consulter un psychologue, elle comprend que pour lui, une dépression expliquerait les douleurs : « *il me disait que j'étais en dépression donc euh que je devais aller voir un psychologue que je devais prendre des antidépresseurs des calmants* ». Pour Sinopé, les solutions sont maigres et les attentes nécessairement déçues, ce qui apparaît dans ses propos : « *la médecine propose pas de réponse par rapport à ça* ». Un sentiment de résignation est décelable, à la fois dans le discours et dans le ton sur lequel elle déplie son récit.

La fonction médicale paraît être déçue, comme le manifeste son propos : « *quant à ma fibromyalgie et ben j'ai même plus d'attente en fait* ». Sinopé n'attend plus rien, car elle pense que « *on est dans un système de santé où il y a l'argent qui prime pour mieux revenir chaque semaine chez le médecin traitant payer* ». Elle a perdu foi dans le système de soin qu'elle perçoit plus comme un système capitaliste. Pour elle, le médecin n'est pas là pour aider son patient mais il serait un acteur au service de cette logique de la rentabilité. « *J'ai eu la chance la grande chance de pas m'avoir laissé emporter par la médecine et par les médicaments je suis persuadée qu'aujourd'hui ce qui se lèvent plus et ben ils sont rentrés dans ce système de médicaments qui vous bloquent* ».

Sinopé est convaincue que les personnes qui sont prises dans le système médical ne s'en sortent pas. Bien au contraire, cela les immobiliserait d'autant plus. Les médicaments « *sont tellement fort que vous pouvez plus bouger* ». Sinopé a choisi de vivre avec la douleur et avec son passé. Désire-t-elle conserver un corps, certes douloureux, car la douleur remplirait une fonction symbolique ?

3.2. Mythologie de la douleur physique et psychique : une tentative d'élaboration

Sinopé vit avec des douleurs depuis longtemps mais n'apporte pas plus de précisions sur le plan temporel : « *ça fait des années que j'ai des douleurs des douleurs partout on va dire des années* ». Selon elle, les médecins expliquent que ses douleurs sont provoquées par une dépression, alors qu'elle les associe à des états de fatigue et de manque de sommeil, ainsi qu'à un terrain hypersensible, présent depuis l'enfance : « *c'est ça et surtout ben cette hypersensibilité ben très toujours dans l'émotion tout m'atteint et ça depuis toujours* ». Un des médecins qu'elle a consultés l'aurait mise sur cette piste : « *c'est toujours le même type de patients qui arrivent c'est des patients qui pensent toujours aux autres et jamais à soi* ». Son empathie expliquerait cet excès d'émotions et l'atteinte somatique que cela engendrerait. Nous pouvons aussi interpréter cette empathie comme une réponse du psychisme à la violence familiale. Une empathie envers ses frères et sa mère l'aurait rendu perméable à leur émotion afin de pouvoir décrypter, comprendre et adapter son comportement à leur besoin (protection maternelle). Ces émotions ont un effet immédiat sur l'intensité de ses douleurs : « *le corps réagit de cette manière-là le moindre truc qu'il y a j'ai une crise le moindre des fois même juste une contrariété me fait déclencher une crise* ». Ces excès émotionnels sont traduits dans le corps, comme seule solution à dresser des limites entre soi et l'autre.

Paradoxalement, Sinopé, bien que consciente que ses douleurs sont accentuées par des contrariétés, agit de manière altruiste, car sa vie n'aurait de sens qu'à s'occuper des autres : « *pouvoir donner la main à quelqu'un moi ça me va moi je demande pas plus pour être heureuse quoi aider les autres tout simplement* ». Cette main tendue vers les autres est une manière de vouloir réparer ce qu'elle attend des autres et qu'elle n'obtient pas mais dont elle n'a pas conscience : « *j'ai beaucoup donné et pour au final quand moi j'avais peut-être un petit peu besoin ils étaient plus là j'ai tout donné j'ai eu beaucoup de déception même avec les gens en général ... je suis toujours déçue des gens de la réaction souvent les gens ils vous entendent ils vous écoutent pas par contre moi j'ai toujours écouté les gens... j'ai beaucoup j'ai beaucoup donné et pour au final quand moi j'avais peut-être un petit peu besoin ils étaient plus là quoi ou ils avaient carrément disparu* ».

Ceci lui amène pourtant un lot de déceptions incommensurables, au vu des nombreuses fois où elle le mentionne dans son discours. Elle articule cela à la perte de sa seule amie d'enfance : « *cette déception c'était un vrai déchirement pour moi c'était une douleur euh que j'ai mais des années à surmonter* ».

Ce déchirement montre le caractère « excessif » du vécu émotionnel qui renvoie à l'hypersensibilité qu'elle dit éprouver et ses répercussions sur ses douleurs. Son discours traduit un comportement dans la démesure, clairement formulé dans le passage suivant : « *c'est tout ou rien en amitié ou en amour je suis comme ça donc voilà* ». Sinopé aurait alors conscience de cela. Or, elle pose un voile sur ce comportement qui la définit dans son identité et qui pourrait apparaître, au regard des autres, comme un excès de présence (de sa présence). Ce déni lui permet de continuer d'agir ainsi et répondrait alors à fonctionnement masochique, signifiant un besoin de punition, afin de satisfaire à la culpabilité évoquée et ressentie. Ce déchirement est également interprétable comme une effraction psychique et somatique. L'accumulation des traumatismes la déchirerait véritablement dans son corps. C'est comme s'il n'y avait aucun enrobage, aucune enveloppe narcissique qui la protégerait.

« *J'ai même plus d'attente en fait j'en ai plus* ». Sinopé n'a plus d'attentes envers le corps médical. Or, cela ne concerne pas uniquement le corps médical. Ce discours s'enracine dans son passé violent et sa vie jalonnée de traumatismes : « *je sais que ben ils trouveront pas pour moi c'est un résultat de ma vie* ». Elle semble persuadée qu'elle fait exception aux réponses que la médecine pourrait trouver. Elle serait ainsi une énigme pour la médecine, car sa fibromyalgie est profondément enkystée dans « *toute une vie de douleur* ». Nous interprétons cela comme une prise de conscience que sa douleur est ancrée dans son histoire personnelle, que la douleur n'est pas uniquement une affaire de biologie, de corps physiologique. Effectivement, la majorité de l'entretien est construit autour de son vécu, de son enfance, de ses traumatismes infantiles, reléguant la douleur physique au second plan. L'énoncé du discours s'articule autour de tout cela, plus encore, elle aurait conscience que ses douleurs sont en lien avec ce passé difficile. Malgré tout, elle demeure dans une forme de déni, au sein duquel son corps, sans défenses, continue de manifester sa souffrance, plus encore, aurait besoin de s'éprouver dans la douleur, comme réponse à un lointain et furieux sentiment de culpabilité.

4. Structuration du désir au Rorschach

4.1. Perte d'arrimage avec le réel

D'emblée, nous soulignons que le protocole de Sinopé a été très délicat à coter en lien avec les nombreuses références à la symétrie, aux empreintes, aux taches ou aux couleurs, mais en même temps très mobilisant sur le plan de l'analyse qualitative.

Dans l'ensemble, c'est un protocole très restrictif, avec un total de 11 réponses. Il demeure majoritairement descriptif, sauf aux planches III et VII, où la présence d'une kinesthésie humaine, de bonne qualité à chaque planche, rend compte de mouvements identificatoires féminins. Le temps total de la passation s'élève à 6'15'', le temps par réponse à 34'' et le temps de latence moyen (excepté les planches IX et X) à 11''. Il n'y a pas de latence aux planches I et V et les plus élevées, nous les retrouvons aux planches IV avec 20'' et VIII avec 29''. L'écart entre la première réponse (11'') et le temps par réponse (34'') peut être entendu comme la survenue d'une inhibition ou d'une sidération psychique, faisant suite à une adaptation de surface.

Les réactions « choc » sont importantes et repérées par plusieurs éléments comme un allongement du temps de latence aux planches pastel, qui est de 29'' à la planche VIII et 23'' à la planche IX, des remarques répétitives sur la symétrie ou les couleurs, et la persévération des réponses formellement inadéquates. Elles appuient l'hypothèse d'une sidération de la pensée.

Le mode d'appréhension se fait à 81,82% en G contre 18,18% en D, alors que la norme se situe à 37% pour les G et à 57% pour les D. Cette surreprésentation de la globalité au détriment de l'investissement sur les détails révélerait un fonctionnement marqué par une attitude défensive massive ou encore une absence de curiosité ou d'élaboration. Corrélé à un F% élargi de 90,91% et à 50% de bonne qualité formelle, et combiné à des réponses de type « abstraction », « art », « science » ou « objet », l'accent porte sur la centration sur les contours et les limites. Nous avons tenu compte du F% élargi, largement plus significatif en termes d'interprétation des éléments qui ont déterminé les réponses de Sinopé.

Les références aux couleurs, hors remarques, sont réalisées aux planches II et VIII, mais sont de mauvaise qualité formelle. A la planche IV, l'estompage est repéré dans la massivité de la tache, également de mauvaise forme. Les déterminants sensoriels, associés à des contenus de type « Abstraction » et « Art », auraient une fonction excitatrice ou feraient effraction, et signeraient alors la dissolution des frontières narcissiques. La dimension sensorielle semble difficile à intégrer psychiquement comme si les éprouvés étaient un potentiel danger pour le moi.

Le protocole de Sinopé compte un nombre significatif de contenus non spécifiques, à savoir :

- Une réponse Abstraction à I planche : « la douleur »
- Une réponse Art à la planche IV : « une aquarelle »
- Une réponse Science à la planche VI : « une cellule vivante » (à l'enquête : vu au travers d'un microscope).
- Une réponse Anatomie à la planche I : « un utérus »
- Une réponse Objet à la planche II : « un dessin symétrique »
- Des réponses sur le thème « empreinte » aux planches II, IV, V, IX et X, et à la planche VI à l'enquête.

Les contenus non spécifiques sont dominants à 45,45% et les contenus spécifiques sont distribués de la façon suivante : un H% à 18,18% (dans la norme) et un A% à 36,36% (en deçà de la norme). Dans une approche normative, les contenus animaux sont un support de déplacement privilégié des représentations inconscientes, alors que pour Sinopé les contenus sont diversifiés et surreprésentés du côté des contenus non spécifiques. Seules les planches III et VII, les deux planches bilatérales, favorisant une identification féminine, permettent la projection de contenus humain. Outre des banalités, les contenus animaux sont sous représentés ou assimilés à un contenu « science », à supposer du côté d'un gel pulsionnel. Ni conformiste, ni adaptif, ce protocole montre l'originalité d'être au monde de Sinopé. Néanmoins, d'un point de vue qualitatif, une prévalence de réponse de mauvaise facture (4 - et 1 +/-) est supposée comme peu favorable à une pensée construite et à un système défensif solide.

Des remarques sur la symétrie sont fréquentes, cinq au total, et se retrouvent aux planches I, II, III, IV et V, ainsi que deux remarques sur les couleurs à la planche IX et X. Aux planches bilatérales, ce repérage de la symétrie favorise une mise en relation. Par contre, si les remarques sur la symétrie n'empêchent pas Sinopé de donner des réponses, les deux remarques couleurs aux planches IX et X ne favorisent ni de perception ni de projection. Nous avons comptabilisé ces deux planches comme des refus. La symétrie peut faire aussi penser qu'elle se raccroche à la réalité externe pour éviter le risque d'une désorganisation psychique, que lui fait courir la confrontation aux taches.

Les réponses « empreintes » sont à considérer comme une focalisation excessive à la forme des taches d'encre. Elle l'explique à l'enquête, à la planche II : « *l'empreinte c'est peut-être par rapport aux études que j'ai faites puisque j'ai travaillé sur les empreintes (SH : c'est-à-dire ?) de cailloux de feuilles* ». Ses études artistiques l'ont amené à dessiner les empreintes de différentes substances afin de pouvoir les reproduire en deux dimensions (de la réalité au papier). Parfois l'empreinte représente quelque chose parfois non. Par conséquent, l'empreinte n'est pas une réponse en tant que telle. L'empreinte est la représentation de la dimension aplaniée, c'est une abstraction du monde environnant en deux dimensions ; un écran. L'empreinte est aussi de l'ordre de l'être, de l'existence.

Les premières hypothèses de cette analyse quantitative s'orientent vers une sidération de la pensée ou une forte inhibition, bien qu'à l'enquête les réponses ne libèrent pas plus de contenus symboliques. La centration, sur le contenu manifeste des planches et les couleurs, évoque une forme de fascination, de jouissance de la pulsion scopique, plutôt qu'une inhibition contre les sollicitations latentes du matériel. L'idée d'une perte avec le réel est présumée par rapport à l'écran que représente les taches d'encre.

4.2. Fuite de l'enveloppe narcissique, régression sans fixation et position passive compromise

L'appréhension du matériel est rapide. Sinopé donne consécutivement trois réponses à cette **planche I**, sans aucun temps de latence. L'accent est porté sur une perception globale, accompagnée de deux banalités : rép.1 : « *un papillon* » et rép.2 : « *un scarabée* ». Contrairement au papillon, la référence au scarabée suggère une fragilité narcissique masquée par un surinvestissement de l'enveloppe. Elle termine par une remarque sur la symétrie : « *une tache symétrique* ». Elle paraît happée par le matériel. Par ailleurs, la perception de l'anatomie, réponse 3 planche I : « *un utérus* » renvoie au réel du corps, au schéma corporel d'avant le Stade du miroir, interrogeant l'échec d'une identification à une image de soi unifiée. Ce réel du corps féminin montre la fragilité de l'enveloppe qui laisse apparaître l'intérieur du corps. Une inconsistance narcissique interroge l'hétérogénéité de la représentation de soi : une enveloppe fragile et dure à la fois (la carapace du scarabée).

A la **planche V** : « *là ça fait penser à une chauve-souris (5') ouai c'est toujours de l'ordre de l'empreinte symétrique aussi (9')* ». La banalité au service de la symétrie peut rendre compte de la capacité d'intégration d'une unité corporelle aux contours définis, bien que la perception de l'axe symétrique, renvoyant à l'axe corporel, étaye à nouveau l'hypothèse d'une porosité de l'enveloppe corporelle. Cette référence à l'axe corporel et au réel du corps peut également traduire un besoin d'unicité en réponse à une angoisse de morcellement.

A la **planche VIII** une association est repérable (« pareil ») : « *pareil une cellule marine (4') une méduse* » avec la réponse de la **planche VI** (« la cellule »). Néanmoins, la mauvaise facture de la réponse porte à croire que la rencontre avec la première planche pastel marque la mise en échec des défenses. La régression est favorisée par les couleurs pastel et fondues : « *ça me fait penser à une méduse dans l'eau avec beaucoup de couleurs* ».

Aux deux **planches pastel** suivantes, Sinopé ne donne pas de réponse cotable. Elles apparaissent comme l'objet d'un refus non verbalisé, car à la place du refus, elle fait des remarques sur les couleurs. D'un point de vue qualitatif, elles sont très intéressantes. Ce que nous avons décidé d'analyser.

La **planche IX** : « *Ca fait des couleurs complémentaires hein le bleu le orange le vert et le rouge et une empreinte mais une empreinte de quoi je sais pas (4') ça me vient pas* ». L'empreinte témoigne de l'échec de la mise en représentation du stimulus, opérée par les difficultés d'intégration des couleurs pastel. « *Les couleurs sont apaisantes elles sont douces* ».

Un flou des contours est repérable à la **planche X** : « *j'ai l'impression que rien ne fonctionne l'un sans l'autre* » et à l'enquête : « *chaque couleur est dans l'autre se faufile dans l'autre et se diffuse aussi dans l'autre* ». La fuite des couleurs témoigne d'une porosité des limites. Il y a d'ailleurs une forme de fascination pour la couleur, leur complémentarité, leur mélange. Cette fascination est concomitante d'une sidération psychique qui est à l'origine de l'absence de réponse. Elle semble à nouveau happée par la matériel, comme si la fuite des couleurs symbolisait la fuite psychique dans le matériel et l'imaginaire. Ces couleurs disjointes de leurs représentations suggèrent une perte d'ancrage avec la réalité. C'est comme si la régression effaçait tout repère en provoquant un état d'indifférenciation d'avec l'objet maternel.

La persévération du thème de l'empreinte peut être mise en relation avec les deux réponses « cellules » aux planches VI et VIII qui possèdent des caractéristiques symboliques du côté de la conception, de l'origine de l'être. De plus, les planches pastel produisent un effet de fascination. Celle-ci s'apparente à une sidération de la pensée dans le sens où la contemplation la désarime de tout repère symbolique. Les remarques couleurs aux planches pastel montrent que la régression est largement dominante. Néanmoins, cette régression au plus pur réel interroge à nouveau sur l'absence de points de fixation et sur la consistance de l'enveloppe narcissique.

Nous constatons que par rapport au contenu, la projection à la **planche III** est une banalité : « *pour moi c'est deux africaines en train de faire (2'') je sais pas ce qui font à manger je sais pas (9'') c'est tout* ». L'identification sexuelle est opérée du côté du féminin et le repérage de la specularité est favorisé par la symétrie. A l'enquête, elle précise que « *c'est toujours dans la symétrie* ». Ce besoin de se recentrer sur l'axe, sur le plan manifeste, est défensif, et met en scène des personnages féminins dans une relation narcissique. Le doute, quant à la mise en relation, provoque un blocage associatif, qui suppose que cette focalisation permet de mettre à distance une éventuelle conflictualité objectale. Cette conflictualité impossible à admettre concernerait la figure féminine. Elle mettrait en défaut la capacité d'accès à la position passive.

La réponse donnée à la **planche VII** : « *ça me fait penser à deux jeunes filles qui se regardent (8'')* » est déduite à partir du détail D14 : « *je sais pas les cheveux le visage là on peut deviner enfin imaginer un visage c'est tout* ». De l'incertitude et un blocage associatif bordent la projection. L'identification à une figure féminine est permise par la bilatéralité du stimulus. Celle-ci favorise la projection humaine et la perception du double féminin, dans une perspective narcissique, à partir d'attributs féminin (les cheveux).



Planche VII, détail D14

Enfin, le refus à la **planche IX**, dont la symbolique maternelle est significative, appuie les difficultés à accéder à une position passive. Cela peut être expliqué par le fait que la régression massive n'est endiguée par aucun point de fixation.

4.3. Angoisse d'anéantissement face à l'Autre phallique

A la **planche II**, « *la douleur* », en D3, est évoquée en référence à la couleur rouge, en priorité, mais également à la forme. Cette abstraction serait une manière de se représenter sur le plan scopique cette douleur « invisible » sur le plan iconographique. A l'enquête, elle précise que la forme globale du détail du bas, a été déterminante.



Planche II, détail D3

L'abstraction préfigurerait d'un bon niveau de symbolisation, toutefois, les deux réponses globales suivantes marquent son échec. L'accent est porté sur le réel de la planche : « *une empreinte* » ; « *une tache* » ; « *un dessin symétrique* ». Elle précise que l'empreinte ne lui évoque rien de spécifique : « *une empreinte de quoi je sais pas (7'')* ». La tache est associée au dessin et son aspect symétrique : « *une tache une (4'') c'est pas une tache c'est un (6'') dessin symétrique* ». L'absence de précision quant à la représentation de l'empreinte, de la tache ou du dessin, signe un défaut d'imaginisation et de fantasmatisation.

Une problématique identificatoire s'interroge à la lumière d'une éventuelle angoisse, révélée par le doute et la confusion à essayer de donner forme à la représentation mobilisée par la planche. En ce sens, la focalisation sur l'axe symétrique permettrait de juguler l'angoisse.

« *Une empreinte une aquarelle toujours dans cette symétrie (10'')* rien de particulier ». L'estompage à la **planche IV** est repéré dans la réponse « *aquarelle* » et à l'enquête dans la « *variation des couleurs* » et l'aspect « *diffus* » de la tache. La diffusion des couleurs intervient comme métaphore d'une inconsistance narcissique, une porosité des limites. C'est l'existence même de l'être qui est touchée à cette planche masculine.

Le rapport à cet Autre phallique est potentiellement si angoissant que même une position passive paraît intenable, car dans la soumission il y a un sujet. Cette position passive n'offre pas de possibilité de retrait apaisant face à la domination masculine. En ce sens, ceci est interprétée comme un effacement de soi face à la puissance de l'Autre et le recours à la symétrie apparaît alors comme une défense rigide de type narcissique, pour lutter contre une angoisse de morcellement.

La réponse à la **planche VI** : « *on dirait une cellule vivante (7'')* autrement je sais pas » est déterminée par la globalité de la tache, qui est à nouveau perçue dans sa symétrie (à l'enquête). Elle fait référence aux cellules vues à travers un microscope, précision donnée à l'enquête, où elle rajoute que ce sont « *des choses qui seraient dans l'eau* ». Il n'y a aucune référence à un contenu masculin ou phallique. La référence à la cellule et à l'eau ramène à cet état régressif de symbiose in utérin, dépourvu des désagréments pulsionnels. C'est l'état embryonnaire, réduit à son plus pur réel, qui s'illustre, et par contingence, la pulsion de mort.

4.4. Synthèse du Rorschach

Le protocole de Sinopé est très restrictif et éclaire une sidération psychique, probablement en lien avec l'aspect non figuratif des planches. L'enveloppe narcissique est fragile et elle est mise à l'épreuve par l'absence de contenance, provoquée par le caractère abstrait des taches. Pour lutter contre un englobement psychique du matériel, elle évoque des empreintes, comme pour marquer une limite visible et réelle. Il y a la présence très marquée de la pulsion de mort, qui amène à une régression très archaïque, hors de toute pulsionnalité. Nous supposons qu'une organisation psychotique de la psyché explique le sentiment d'étrangeté que nous avons ressenti de la passation du Test à son interprétation.

La centration sur la symétrie et la pauvreté associative étayent également une sidération, qui assèche la pensée et la pulsionnalité. La soumission à la dimension manifeste du matériel est massive et l'impact des déterminants sensoriels est significatif. Cette facilité de réactivation de la sensorialité précoce favorise une propension à la régression. Celle-ci manifeste un état de symbiose in utérin (« cellule vivante » ; « cellule marine ») qui interroge sur l'absence de points de fixation et sur la consistance de l'enveloppe narcissique.

Nous interprétons la présence importante de références à la symétrie, articulée aux nombreuses réponses « empreintes », comme une focalisation excessive à la réalité externe pour éviter une désorganisation psychique, que peut lui provoquer la confrontation aux taches. Ce risque de désorganisation est également contenu par des mouvements défensifs consacrés à la répression de la pulsionnalité, qui est supposée par l'absence d'intégration des couleurs. La symétrie serait alors également au service d'un besoin d'unicité en réponse à une angoisse d'anéantissement face à l'Autre phallique.

Par ailleurs, c'est également la dimension sensorielle qui pose des difficultés à Sinopé et que nous repérons à travers l'absence de réponses cotables aux planches pastel. S'abandonner aux sens, aux éprouvés du corps, provoque une dissolution des frontières narcissiques et engendre une fascination telle qu'elle semble se noyer dans le matériel (évoquant de référence aquatique). Cette fascination éclaire que la sidération psychique évoquée ne serait pas due à une inhibition de la pensée, mais à une « fuite » psychique dans le matériel et l'imaginaire.

Il y a une perte d'ancrage avec la réalité, comme si la régression effaçait les repères symboliques de Sinopé, supposant les retrouvailles avec l'état de symbiose in utérin. Cela nous évoque le sentiment océanique décrit par Freud. La diffusion des couleurs, que ce soit à travers les planches pastel ou l'estompage, intervient comme métaphore d'une inconsistance narcissique, d'une porosité des limites et d'un retour à l'état symbiotique. Ce dernier est également mis en exergue par des références aux « cellules », car elles symbolisent la conception et le statut embryonnaire de l'être.

Le repérage de la spécularité est favorisé par la symétrie et la mise en relation s'opère sur des personnages féminins dans une relation narcissique, exempte de conflictualité. L'accès à la position passive est compromis par l'aspect symbiotique, dans un état d'indifférenciation avec l'objet maternel et par le caractère très angoissant que provoque l'Autre phallique. Cette position passive n'offre pas de possibilité de retrait apaisant et est interprétée comme un effacement de soi face à la puissance de l'Autre.

Même la régression semble inopérante, dans la mesure où elle témoigne d'un délitement de l'être et signe la perte d'ancrage au réel. La pulsion scopique est mobilisée par les déterminants sensoriels des stimuli. Sinopé est en pleine contemplation de ces couleurs, c'est une jouissance de la pulsion scopique rappelant la fascination éprouvée par Narcisse devant son propre reflet. Son regard se noie dans le matériel et apparaît comme la métaphore de ce qui se joue pour elle sur le plan imaginaire – un imaginaire bordé par aucune limite. C'est cette fascination qui encourage une régression, arrêtée par aucun point de fixation ; la régression s'opère quasiment jusqu'à la néantisation ou plutôt juste avant, à l'état de cellule.

De plus, les pulsions libidinales ou agressives sont entièrement gelées par cette sidération. C'est comme si Sinopé rabattait la vie du côté de la mort pulsionnelle, du côté de la jouissance. Le recours systématique à la symétrie, au repérage de l'axe corporel, paraît cimenter le corps, en proie à ces angoisses de morcellement ou d'anéantissement.

5. Conclusion de la vignette clinique: voile du regard maternel

Sinopé rend compte à quel point la structuration psychique est à prendre en considération. Une problématique psychique, largement aux prises avec une angoisse d'anéantissement ou de « vidage », articulée à un manque de défenses psychiques, nous questionne plus largement sur les possibilités de la mise en place d'un transfert. Nous comprenons que l'image de soi ne remplit pas sa fonction défensive et protectrice et sa *demande* consciente est peu identifiable tant elle est résignée sur tous les aspects de sa vie (enfance violente, abandon maternel, abandon médical). Tout ceci révèle que ce n'est pas une résistance inconsciente qui empêche l'efficacité de la prise en charge, mais des difficultés du côté de l'instauration du transfert.

Sinopé exprime une capacité à surmonter les traumatismes et une acceptation de sa condition douloureuse, grâce à une foi profonde. Celle-ci aurait donné un sens à ses souffrances. Probablement que l'objet-douleur, dans sa représentation liturgique de la participation à la Passion du Christ, répond au sentiment de culpabilité éprouvé dans l'enfance. En revanche, bien qu'elle ait une fonction sur le plan psychique, la douleur est « entretenue » par un comportement algique, expliqué par un fonctionnement marqué par le dévouement (dévotion ?) et le sacrifice de soi. Néanmoins, elle n'incarne pas inconsciemment un rôle (imaginaire - autre), qui répondrait à un besoin d'alimenter une image de soi idéale pour se valoriser narcissiquement, mais elle occupe une place (fonction – Autre), qui répond au danger réel qui s'est manifesté dans l'enfance. Sur le plan inconscient, ce besoin, de sécurité et de protection, ayant été mis en échec, a précipité Sinopé à une place de sauveur pour sa mère. Cette manière d'agir est un sacrifice, non pas imaginaire, mais réel, qui fait écho à sa culpabilité. Sa foi profonde est alors une réponse à cette culpabilité, analogue à une dévotion, rappelant le Décalogue biblique. Cette dimension du réel se manifeste également à travers le « collage » au corps de l'Autre, et éclaire la néantisation narcissique évoquée et l'aspect anaclitique de la relation. Sinopé est ainsi réduite à une fonction, un moi-peau, un prolongement de l'Autre.

C'est une conflictualité ramenée aux prémices du Stade du miroir qui se joue pour Sinopé, où l'identification a opéré en miroir à un objet maternel en détresse. Nous interprétons ses problématiques très archaïques du côté de l'anéantissement, c'est-à-dire, d'une forme de dissolution moïque, voire d'un « vidage » qui s'apparente à une hémorragie narcissique. Ce qui apparaît comme une prise de conscience et la possibilité d'une mise en sens de son histoire, provoquent aussitôt un délitement, une liquéfaction des frontières du moi, révélant une incapacité à affronter le traumatisme psychique. La porosité des limites suggère que les frontières de l'enveloppe narcissique sont fragiles.

En regard de la violence de son passé et des traumatismes de sa vie d'adulte, le gel pulsionnel se comprend comme seule solution pour se maintenir en vie, que le corps matérialise par la douleur. Celle-ci s'inscrit ainsi contre des angoisses massives d'anéantissement, en tant qu'objet de colmatage. Sa foi en la Vierge Marie, une figure féminine rassurante et contenant, intervient, quant à elle, pour donner un sens à ce bricolage très précaire. Ceci suppose que sa foi a une fonction de *sinthome*, afin d'empêcher une désorganisation psychique plus grave.

Par conséquent, la mise en évidence d'un registre symbolique carencé, d'une régression illimitée et de difficultés à accéder à une position passive, appuie l'échec de la fonction de l'image de soi, en tant que masque identitaire et barrage à l'angoisse d'anéantissement, face à la violence de l'Autre.

Le cas singulier de Sinopé met à l'épreuve l'instauration même d'un transfert car il ne fait émerger aucune conflictualité narcissique. Ceci est expliqué par l'absence de repérage d'une image de soi idéale mais surtout l'échec de la fonction défensive de l'image, supposant un ratage de l'édification d'une image spéculaire dans laquelle elle pourrait se reconnaître. En effet, la violence intra-familiale a aboli toute possibilité pour Sinopé de se subjectiver, face à un regard maternel décrit comme vide et absent, et un regard paternel empreint de cruauté et de férocité. A cela s'ajoute l'absence de regard porté sur Sinopé lors des attouchements sexuels, opérés par son frère. C'est comme si elle n'avait jamais existé pour aucun regard, de sorte qu'il lui est impossible d'exister à son propre regard. Cette absence de reconnaissance identitaire infantile n'est pas sans effets mais ne s'inscrit pas dans une revendication narcissique.

Nous constatons que le regard du médecin n'est pas pris en considération, car il n'y a aucune conflictualité qui se joue par rapport à la figure ou la fonction médicale. En ce sens, si les résistances inconscientes sont un frein pour le développement d'une alliance thérapeutique, l'absence de transfert pose des difficultés tout aussi problématique dans une prise en charge.

Le peu d'efficacité thérapeutique ne peut pas être interprété comme une résistance inconsciente, qui provient du discours médical et des enjeux narcissiques qui émergeraient. En même temps, Sinopé apparaît aussi plus résiliente par rapport à son corps et ses douleurs, ayant conscience que son histoire a laissé des blessures ouvertes.

Nous pouvons en conclure que Sinopé illustre la frontière entre une résistance inconsciente, participant à détériorer la qualité de la relation médecin-patient, gage d'efficacité thérapeutique, et une résistance physiologique de la douleur. Ce qui n'exclut pas que la douleur a également une fonction symbolique, en tant que sa présence offre une opportunité psychique à Sinopé de juguler ses angoisses face à l'Autre.

PARTIE 4 :
INTERPRETATION DES RESULTATS ET
DISCUSSION

DU STADE DU MIROIR AU TRANSFERT MEDICAL

I. ARTICULATION THEORICO-CLINIQUE DES TRAJECTOIRES INDIVIDUELLES

1. Principe économique et dynamique de la douleur : la médecine contemporaine et le sujet douloureux chronique

D'un point de vue métapsychologique, appréhender la douleur d'un sujet favorise la compréhension de son fonctionnement psychique, et donc de la qualité de ses ressources personnelles.

Le principe économique de la douleur permet de la situer sur un continuum, allant de la douleur physique à la douleur psychique, et inversement. Le postulat freudien éclaire l'articulation entre scène somatique et scène psychique, en même temps qu'il est éclairé par les données du terrain. A travers la focalisation, qui s'opère sur l'organicité, et la signification que cela prend au regard de chaque récit et chaque fonctionnement psychique, il nous est permis d'appréhender cette continuité d'être, entre soma et psyché.

Le principe dynamique rend compte du conflit psychique que recouvre le rapport à la douleur et qui questionne la fonction de la douleur pour l'inconscient. Grâce à une analyse approfondie des données récoltées, nous pouvons entendre toute la complexité de la douleur de par son intrication à des histoires singulière de vie. A chaque sujet sa douleur.

1.1. Focalisation sur l'organicité

Dans la fibromyalgie, la littérature soulève que les incertitudes du diagnostic et le manque d'objectivité que les examens médicaux révèlent, conduisent à un scepticisme vis-à-vis de l'existence de la pathologie, partagé par un nombre significatif de médecins (Berquin & Grisart, 2016 ; Nacu & Benamouzig, 2010 ; Häuser & Fitzcharles, 2018 ; Legand et al., 2019). Le doute et l'incertitude à l'égard de la pathologie mettent à mal la relation patient-médecin, qui est pourtant un gage de l'alliance et de l'efficacité thérapeutiques (Balint, 1972 ; Barrier, 2010 ; Israël, 2005).

Cette représentation, qui se véhicule dans le discours médical, participe au doute des patients eux-mêmes. Dès lors ils refusent d'admettre que des facteurs psychiques jouent un rôle dans leur pathologie, bien qu'il ne faille pas réduire le refus du rôle des facteurs psychosociaux au scepticisme médical, comme le montre les résultats de notre recherche.

Ces incertitudes conduisent les médecins à privilégier une dépression, comme pour Sinopé, Ophélie et Amalthée, proposant ainsi des anti-dépresseurs pour le traitement de la douleur, ou réorientant le patient vers des psychologues ou un psychiatre, ce qui a été proposé à Lysithéa et à Sinopé. Dans tous les cas, elles pensent que les médecins ne croient pas que leurs douleurs soient réelles mais qu'elles les créent. Nous constatons ainsi un problème majeur dans le transfert qui s'opère, entre le médecin et son patient, qui engendre un terrain résistant, pour certaines, dans la mesure où elles se sentent abandonnées par le corps médical.

Contrairement aux médecins qui s'orientent vers une étiologie psychique, **le scepticisme face à la maladie peut conduire les patients à privilégier une étiologie organique**, mettant à l'écart les aspects psychosociaux. Nous constatons ainsi un paradoxe entre les réactions des médecins et les réactions de leurs patientes. Derzelle (2013) repère que la recherche de la cause organique pousse le sujet à un activisme exploratoire. Effectivement, la focalisation sur l'organicité est retrouvée dans nos résultats chez Lysithéa, Ophélie et Amalthée. Dans un premier temps, elles évoquent toutes des pertes de mémoire lorsque nous leur demandons de nous parler de leur enfance, ce que nous interprétons comme un refus inconscient. De plus, Lysithéa se persuade que ses douleurs proviennent d'une pathologie, comme la polyarthrite rhumatoïde, voire qu'elles seraient dues à un problème cérébral. Elle est dans l'incapacité d'élaborer un fantasme ailleurs que sur la scène corporelle et manifeste un rapport au réel du corps qui coïncide avec l'approche médicale : un support d'objectivité. Amalthée pense que la fibromyalgie n'existe pas et que ce serait une maladie de Lyme non reconnue en France. Elle a également évoqué avec son rhumatologue son désir d'avoir un cancer plutôt que la fibromyalgie, appuyant l'hypothèse qu'une pathologie objectivable est préférable pour être prise au sérieux par le corps médical. Ophélie se saisit de l'absence de consensus médical pour se raccrocher à une explication rationnelle que ses douleurs sont des douleurs de dos, liées à sa sciatique. Ce comportement est une réaction défensive qui se manifeste sous la forme d'une résistance par rapport au discours médical, qui tend à rabattre cette douleur « invisible » à une douleur d'origine psychique.

Le refus d'admettre que des facteurs psychologiques contribuent à l'expérience de la douleur peut être lié à d'autres circonstances que le doute qui prend place de part et d'autre.

Nous retrouvons dans nos résultats une forme de **sidération psychique**, une paralysie de l'esprit (Bertrand, 1996), qui explique ce clivage entre les phénomènes psychiques et les phénomènes physiques. L'approche de la douleur en psychanalyse ne fait pas consensus. Des auteurs considèrent la douleur comme la conséquence d'une pauvreté de l'imaginaire et de difficultés de symbolisation (Marty, 2011) et d'autres, à l'inverse, supposent que l'expérience de la douleur, en tant que violente effraction, est à l'origine d'un débordement psychique et des capacités défensives du sujet, qui finissent par provoquer une sidération psychique (Bertrand, 1996 ; Cloès, 2007 ; Croix, 2002 ; Lacan, 1959). La théorie de Vasse (1988) sur la sidération, envisagée comme une absence de désir, éclaire sur ce qui se joue pour certaines de ces femmes. Cette absence de désir est d'ailleurs constatée chez les douloureux chroniques (Boukerche-Delmotte, 2019), et engendre un désintérêt pour le monde interne et la vie fantasmatique. Le désir de savoir est ainsi « gelé » et s'apparente alors à un non-désir de savoir.

Nous repérons une sidération psychique chez les femmes rencontrées, exceptée Calypso, qui présente des capacités de symbolisation et associatives. Cette hypothèse d'une **sidération du côté d'un non-désir de savoir** sur leur intime est étayée par les entretiens et les protocoles de Rorschach de Lysithéa, Ophélie, Amalthée. Ces dernières s'inscrivent dans un déni plus ou moins massif des incidences psychiques et clivent leur vie personnelle des douleurs, rabattues dans la sphère somatique. Sinopé n'est pas dans un tel clivage et dit avoir conscience que son histoire personnelle doit avoir des incidences. Néanmoins, l'analyse du Rorschach nous donne des indices quant aux difficultés qui barrent l'accès au sens que pourrait prendre son histoire au regard de sa problématique douloureuse. La fascination scopique gèle les capacités de symbolisation. Elle favorise une sidération, formalisée par l'incapacité à projeter ou à percevoir une représentation objectale ou une image narcissique, et générée par une régression massive. Le Rorschach révèle aussi l'absence de point de fixation libidinal au point que la régression évoque un état très archaïque de symbiose avec l'objet. L'état douloureux permettrait de maintenir un lien indifférencié avec l'objet maternel. La régression semble alors se substituer aux mécanismes de défenses et met en évidence l'absence de symbolisation des conflits psychiques, hypothèse relayée par Baudin, Bruguière, Pheulpin (2017) dans leur étude s'appuyant sur les méthodes projectives.

Ce refus peut être la conséquence d'un **rapport spécifique à la jouissance**. Bergès (2016) et Israël (2005) mettent en perspective la dualité du rapport à la jouissance du corps. Le sujet a besoin d'un corps pour fonctionner. Celui-ci est limité par la castration. Le sujet est également concerné par la *j'ouïe-sens* du corps en tant qu'objet, vecteur et médiateur du savoir inconscient. Le sujet douloureux demande (au sens de la demande lacanienne) ainsi inconsciemment un savoir sur sa jouissance. Cela veut dire que le sujet questionne l'Autre sur ce qui le fonde en tant qu'individu.

Cette **quête identitaire** est repérable chez Lysithéa, Ophélie et Amalthée. Néanmoins, nos résultats nuancent cette hypothèse. Chez Ophélie, nous retrouvons effectivement que le refus de l'étiologie psychique touche à une crainte consciente de perdre l'usage de ses capacités mentales (Alzheimer), et plus inconsciemment, son propre savoir. Chez elle, la position face au savoir, source de conflits entre elle et les médecins, et son rapport au corps et à la douleur, indiquent qu'elle désire davantage un corps pour « jouir » du sens que la douleur prend. Ce savoir qu'elle cherche à obtenir s'ancre dans un passé où le savoir maternel occupe toute la place et l'empêche de se subjectiviser, c'est-à-dire d'être en capacité de désirer et non de jouir, ce que nous déplierons dans la partie suivante. Tandis que Lysithéa et Amalthée désirent un corps fonctionnel mais qui ne semble pas marqué par la castration. Il est un corps pour « faire » pour permettre le maintien de l'image narcissique omnipotente. Ce corps devrait continuer à agir sans limites, comme l'éclairent les entretiens de Lysithéa et Amalthée. De plus, dans leurs protocoles, une attitude de non-savoir se repère, le corps n'apparaît alors pas comme un moyen d'accéder au savoir, mais de se maintenir dans le déni. Ces femmes veulent récupérer la fonctionnalité de leur corps pour continuer à agir « comme avant », dans l'activisme dans lequel elles ont toujours été, avant que la fibromyalgie ne les immobilise.

En s'appuyant sur le paradigme psychanalytique, cet activisme, repéré par Furlanetto, et Spoljar (2017), est le résultat d'un fonctionnement psychique dans la démesure, marqué par la présence d'un moi idéal sans tempérance. Il est expliqué par une désintrinsication pulsionnelle, qui témoigne d'un masochisme de mauvaise qualité. La désintrinsication signe l'échec de l'instauration d'un système moiïque efficient. Cela empêche le sujet de vivre hors des contraintes et des exigences surmoiïques. Cela se repère par une impossibilité à accepter de ne pas pouvoir tout gérer, de ne pas pouvoir concilier vie de famille et travail.

Leurs discours renvoient sans cesse au fantasme de ce corps « d'avant », qui fonctionne sans limites. Une part du sujet semble toujours agir dans le sens des obligations que leur surmoi leur impose, alors même le système moïque, affaiblit depuis l'enfance, ne leur permet pas d'avoir recours à des défenses suffisamment consistantes et souples.

De plus, l'absence de conflictualité, repérable chez Ophélie, Amalthée et Sinopé appuie l'hypothèse d'une carence dans la régulation et la mobilisation de l'énergie libidinale. En outre, le Rorschach étaye des problématiques dans l'expression de l'agressivité. Dans l'entretien de Lysithéa, les passages à l'acte marquent la séparation objectale, indiquant que les mouvements agressifs sont présents mais impossibles à symboliser. Elle acte ainsi dans le réel ce qui devrait s'opérer sur un plan symbolique, plus structurant. Ophélie, Amalthée et Sinopé n'utilisent pas leurs pulsions agressives, pour marquer une séparation d'avec l'objet maternel, nécessaire à poser des limites à l'Autre et à soi. Cette absence de limites met en scène un corps de jouissance que Razon, Spiess & Chevalerias (2014) supposent comme un corps résistant au savoir médical, qui prétend le maîtriser. C'est un corps-énigme qui se présente aux Autres. Seule Calypso met en scène spécifiquement au Rorschach cette conflictualité objectale.

1.2. Principes économique et dynamique de la douleur

La difficulté à décharger les mouvements agressifs, demeurant à l'intérieur du sujet, est expliquée par une problématique de déliaison, entre les pulsions de vie et les pulsions de mort. La désintrinsication pulsionnelle est entendue comme l'effet d'un noyau masochique peu consistant. Dans ce cas de figure, leur corps devient l'incarnation des limites réelles que la douleur impose en l'absence de limites symboliques.

La fonction centrale de la douleur est de constituer du désir, à l'endroit où la fonction de (a), du plus-de-jouir, est mise en échec. Constituer du désir revient à constituer du sujet, car pour la psychanalyse, il n'est de sujet que de désir. Cet aspect fonctionnel fondamental (constituer le sujet désirant) est mis en évidence dans nos résultats à travers deux grandes sous-fonctions de la douleur : une objectale et une narcissique.

La douleur a tout d'abord une **fonction objectale**. Cela veut dire qu'elle prend consistance dans le lien à l'Autre et joue un rôle dans la satisfaction pulsionnelle. La douleur a également une **fonction narcissique**. C'est-à-dire que par les « effets secondaires » qu'elle engendre, elle donne de la consistance à un narcissisme fragilisé par le lien à l'Autre, bien avant l'apparition de toute douleur somatique. Nos résultats montrent que les deux fonctions sont intriquées et mettent en exergue le modèle économique freudien sur le continuum de la douleur.

Une défaillance de l'objet secourable pendant la mise en place du moi corporel favorise une intolérance à l'excitation (Dechaud-Ferbus, 2014). Le sujet peut ainsi devenir hypervigilant aux réactions de son corps. Cette centration sur le corps présente des similitudes avec l'hypocondrie, où la douleur prend une place centrale (Célérier, 2005). L'hypocondrie est alors entendue comme une solution économique qui protège d'une désorganisation somatique plus grave, mais également d'une mélancolie ou d'une paranoïa délirante (L'Heureux-Le-Beuf, 2002). C'est ce que tend à montrer le protocole de Sinopé. La désorganisation psychique est contenue par la douleur, en tant qu'objet de foi, permettant ainsi de lutter contre des angoisses de morcellement.

Amalthée présente un deuil, pouvant être considéré comme « pathologique », suite au décès de sa mère il y a dix ans. En même temps, la douleur est l'objet de leur complicité depuis l'enfance. A travers la douleur, elle tente de maintenir un lien indifférencié avec l'objet maternel. C'est ce que décrit Croix (2002). Elle pense que la douleur surgit d'un investissement de l'organe douloureux à la place de l'objet (de jouissance) perdu. La réalité psychique demeure arrimée à la seule douleur, comme expérience du réel, laquelle désinscrit le sujet de la temporalité réelle. C'est comme si dans ce temps en suspens, le sujet de la douleur appelait inlassablement la Chose, sans jamais rencontrer l'objet qui viendrait à sa place, sauf à y instaurer l'objet-douleur. Cette hypothèse est partagée par Papageorgiou (1999) qui perçoit dans la douleur la manifestation du deuil impossible de l'objet maternel intériorisé. La douleur permet au sujet de maintenir un lien indifférencié avec son objet idéalisé. Au contraire de Papageorgiou, Press (1999) évoque le deuil impossible de l'objet paternel.

Nos résultats montrent que c'est davantage avec une mère phallique que le sujet est aux prises. Cette identification à la mère phallique implique le refus de la castration chez l'Autre et le refus de leur propre castration, car elles n'y ont pas accès. Cette absence de castration est repérée dans l'absence de limites qu'elles évoquent, que ce soit au niveau des sollicitations du corps ou de leur comportement en lien avec la dimension narcissique de la personnalité (image de soi). La difficulté fondamentale consiste donc davantage à renoncer à l'objet intériorisé, car le deuil qu'il nécessite implique également de renoncer à l'image narcissique. **Dans la perte, le sujet perd l'objet mais surtout ce qu'il représente pour cet objet.**

Chez Amalthée, cette fonction de la douleur met en évidence une problématique mélancolique dans la création d'une somatisation ultérieure. Dans la perspective freudienne, le surinvestissement narcissique de l'excitation douloureuse permet au sujet de maintenir un lien indifférencié son objet idéalisé. Ce que nous retrouvons chez elle. La douleur s'apparente à un objet mélancolique privilégiant la fusion du lien et le flou des limites sujet-objet. De la même manière, la douleur chez Sinopé, en tant qu'objet de foi, maintient un lien symbiotique avec l'Autre, car la douleur, dans la culpabilité phylogénétique, participe à la Passion du Christ, ce qui s'apparente à une fonction *sinthomale*.

La douleur-objet, comme **objet sacrificiel devant le désir de l'Autre**, est une tentative de donner forme à l'objet (a) lacanien comme le suppose également Croix (2002). Elle permet ainsi de créer un semblant de manque et donc un semblant *d'enforme de a*.

Lysithéa est marquée par une identité sacrificielle portée par un moi idéal non limité. En ce sens, on retrouve des similitudes avec la fonction d'objet-sacrificiel que prend la douleur, car il s'offre à la jouissance de l'Autre à la place du sujet (Lacan, 1958 ; Marblé, 1999). La douleur-objet s'est donnée en sacrifice à la place du sujet. La survie psychique dépendait d'un contre-investissement nécessaire et la douleur-objet est venue se substituer aux sacrifices qu'elle a fait toute sa vie pour les autres ; sauvegarde ultime, radicale, mais nécessaire.

Dans la fibromyalgie, Papageorgiou (1999) identifie le rôle de l'enfant-thérapeute, qui se conforme à l'idéal maternel pour colmater sa dépression. Il serait gouverné, dans son fonctionnement psychique, par un masochisme moral rigide. En ce sens, la douleur permettrait au sujet de maintenir une position de déplaisir qui garantirait son statut de victime, au regard d'un Autre qui ne l'aime pas ou le traite mal. Cela rejoint l'hypothèse de Hassoun (1997) que le masochiste se soumet à la volonté d'un bourreau et que son désir est une mise en scène inconsciente, qui consiste à vouloir convoquer le regard de l'Autre.

Lysithéa aborde ses conflits familiaux en convoquant la douleur comme cause de tous ces problèmes relationnels. Cette mise en scène de la douleur est un appel inconscient à l'endroit du regard de l'Autre (ne vois-tu pas comme j'ai mal ?). Ce mécanisme masochique est une solution pour dénoncer un regard maternel absent qui se rejoue au sein du regard médical lui aussi absent. Nous y reviendrons.

Les femmes de notre recherche sont toutes ou ont été en proie à une difficulté à refuser les sollicitations des autres, même lorsqu'elles excédaient leur capacité à y répondre. Inconsciemment, le corps-objet est venu marquer à travers la douleur, une limite impossible à négocier psychiquement. La difficulté à se positionner dans la contradiction à l'autre engendre un comportement dans l'agir permanent.

Il y a donc deux aspects à interroger : **le refus à dire non et l'agir**. Pouvoir dire « non » remonte aux premiers temps de l'enfance durant la phase où se manifeste le besoin de différenciation sujet/objet. De cette séparation des espaces psychiques, dépend la consistance des enveloppes narcissiques (Mellier, 2014). La délimitation des frontières moi-objet dépend donc de la capacité et des possibilités qu'à l'enfant de marquer sa différence par le refus. Nos résultats étayent ainsi une indifférenciation moi-objet, plus ou moins marquée, pour Lysithéa, Ophélie, Amalthée et Sinopé. Par ailleurs, Furlanetto et Spoljar (2017) expliquent ce comportement dans l'agir, comme de l'activisme. Nos résultats éclairent un « activisme », qui dévoile des problématiques dans la régulation des mouvements libidinaux. Nous interprétons cela comme la conséquence d'un besoin irrépressible de préserver leur image de soi, donc comme un besoin de gagner en consistance narcissique, afin de maintenir leur position de maîtrise face au désir de l'Autre.

Répondre par le refus leur ferait perdre cette maîtrise. En effet, Lysithéa et Amalthée parlent d'un besoin de maîtrise de leur environnement qui se manifeste par un comportement dans la démesure – « tout gérer ». Le tout faire, tout gérer, est le résultat d'une aliénation à une image de soi, favorisant une identité marquée par l'omnipotence. Amalthée est également aux prises avec un besoin d'admiration. Cette exemplarité que son médecin a soulevée dans sa capacité à faire face et à gérer la douleur est un gage identitaire que Potamianou (1999) et Derzelle (2013) ont également soulevé. Cet idéal de puissance narcissique paraît colmater un narcissisme très fragile. Les difficultés au renoncement à l'image narcissique proviennent de sa relation directe à l'angoisse comme le suppose Lacan. Lorsque l'image s'absente, le réel laisse advenir l'angoisse. La douleur s'apparente alors à une opportunité psychique de faire fonctionner une image de soi pleine, afin de préserver le sujet de l'angoisse que susciterait une image vide, réelle.

Baudin, Bruguière et Pheulpin (2017) supposent que dans la fibromyalgie la régression se substitue aux mécanismes de défenses névrotiques. Chez Sinopé, nous avons, d'une part, repéré que le registre sensoriel active préférentiellement des mouvements régrédients, comme le repèrent également les auteurs, et, d'autre part, que la foi est un objet qui permet de stopper la régression. Elle s'apparente à un point de fixation. Par conséquent, elle permet d'instaurer du symbolique et de décoller de la capture imaginaire. Néanmoins, Sinopé paraît désormais être en manque d'image narcissique. Son identité est profondément abîmée.

Selon Porte (1999), la douleur correspond à un procédé auto-excitant cherchant à lutter contre un événement dépressif. Il érige la douleur comme une solution, une défense moïque à l'annihilation des mouvements dépressifs. Ce mouvement nous fait penser à l'analogie que Freud (1915) interroge entre le deuil interminable dans la mélancolie et la douleur organique. L'ensemble des fonctions repérées au travers des entretiens paraissent avoir une même finalité. Au lieu d'être trouée par la castration, l'image paraît trouée par la douleur. C'est une tentative de subjectivation qui semble se jouer. La mise en abîme de la traversée du miroir est ce qui caractérise la mélancolie, et les liens entre une problématique mélancolique et une somatisation interrogent des auteurs comme Kaswin-Bonnefond (2004) ou Brokmann (2012).

Le sujet, dans un élan de survie, accrocherait sa libido autour de l'endroit du corps abîmé et douloureux pour éviter un « suicide » mélancolique, dans le sens d'une annihilation de soi. Dans la perspective lacanienne, la douleur peut se comprendre comme le bouchage, l'obturation, de la place (signifiant phallique), qui devrait être laissée vacante au sein du psychisme. La douleur s'apparente alors à un objet (a), un objet phallique, qui bouche l'image narcissique i(a), de telle sorte que le sujet n'a plus à renoncer à la jouissance interdite. Lorsque Lacan (1958) parle la douleur comme un objet de sacrifice pour éviter de se confronter à la question *Che vuoi* et lorsque Lebrun (2004) évoque la passivité dans laquelle le sujet se maintient, il est question de la fonction défensive de la douleur, car elle permet de maintenir l'illusion que psychiquement il n'y aurait aucun conflit et aucune limite.

Le rejet de l'étiologie psychique est une façon de maintenir un lien indifférencié avec l'objet et par contingence avec l'image de soi. L'image narcissique ainsi bouchée par la douleur revient à toujours convoquer la douleur physique, comme étant la cause de tous ces maux. Ce principe économique et dynamique de la douleur préserve ainsi le sujet de toute interrogation du côté de l'inconscient, comme l'étaient nos résultats de recherche.

Enfin, **nous interprétons la fonction sacrificielle de l'objet-douleur comme une nécessité de faire une offrande à la jouissance de l'Autre, pour se protéger de l'anéantissement narcissique ou d'une mélancolie mortifère.** En ce sens, l'objet-douleur raviverait la pulsion de vie. La douleur ferait office de plus-de-jouir et contiendrait la part de savoir perdue. Ainsi, le lieu privilégié d'accès à ce savoir deviendrait le cabinet du médecin.

2. Repérage des enjeux narcissiques : de la relation mère-enfant à la relation médecin-patient

Freud (1920) explique que les résistances ne sont pas opposées par l'inconscient qui cherche à se frayer un chemin vers la conscience. Cette résistance c'est le moi qui la provoque. Les processus qui se jouent au sein de la relation mère-enfant sont un socle dans la construction du système moiïque de tout sujet et l'image spéculaire est au fondement de la naissance du moi. Lorsque le sujet prend son image pour la sienne, une partie de l'Autre entre dans ce processus d'attribution de cette image du corps. Par conséquent, « le stade du miroir indique le moment structurant où le regard de l'autre vient sceller l'aliénation imaginaire que représente, pour tout humain, le fait de se prendre pour soi-même » (Patris, 2008, p.42). En ce sens, il s'agit de considérer la trace de la mère dans le discours de ces femmes. Ces traces concernent celles du regard porté et celles du désir projeté, car ils fondent l'image spéculaire.

2.1. Désir maternel et position subjective : le socle de la relation mère-enfant

Le regard maternel est un miroir, qui renvoie quelque chose à l'enfant à travers quoi il peut s'identifier. Au Stade du miroir, l'enfant s'identifie à ce qu'il perçoit manquer chez sa mère, en incarnant son désir. L'identification est donc imaginaire et elle est à comprendre comme une identification pour un certain regard de l'autre (Žižek, 2016). Le regard est ainsi profondément intriqué à la question du désir. La manière dont la mère regarde son enfant favorise l'expression de son propre désir au sein de la relation. Ceci détermine l'image que l'enfant aura de lui, ce qui sera également constitutif de son système moiïque. Cette conformation au désir de l'Autre nous apprend donc comment le sujet négocie avec son image narcissique dans ses relations humaines. L'analyse de nos résultats indique que **le regard maternel des femmes rencontrées est un regard dans l'excès ou dans l'absence.**

Nous constatons que **ce qui qualifie le regard maternel dans le discours de Lysithéa est l'absence**. Celle-ci dépeint une mère qui ne la regarde pas. L'attention qu'elle ne lui porte pas est problématique. Sa figure maternelle échoue en partie dans son rôle de mère, tel que Lysithéa l'idéalise. Elle échoue surtout dans sa fonction, en témoigne son absence non symbolisée. Lysithéa manifeste son désarroi quant à ces départs maternels. C'est la question du désir qui est en jeu lorsqu'elle se demande où elle se rend. Elle ne repère pas le désir maternel et se conforme alors à ce qu'elle imagine, probablement aussi à ce qu'elle perçoit de sa demande, tel que Safouan (2001) le suppose, car elle endosse ce qui lui manque dans l'image idéale de la mère. C'est que Zafiroopoulos (2009) explique. Le regard est destructeur si le désir qui s'y arrime n'est pas articulé à la parole. Le désir est alors arbitraire et le sujet peut s'acharner à incarner l'image idéale pour le regard de l'Autre. Cette image est le reflet de ce qu'il croit devoir être pour être aimé. Lysithéa rejoue dans le réel, tout ce qui manque à l'image idéale qu'elle se fait d'une mère : être dévouée pour ses enfants et les autres, rôle que sa propre mère n'est pas en capacité de tenir. Elle a cru devoir incarner cet idéal dans ce qu'elle a décelé du désir maternel.

Sinopé est absente au regard maternel. Dans l'enfance, elle est confrontée à une figure maternelle plus préoccupée par sa propre survie psychique, due à la violence intrafamiliale, et ainsi plus accaparée par le registre du besoin que celui du désir. Elle évoque le rôle de « donneur de soin » auquel se résume sa figure maternelle que Saunal (2012) décrit dans les cas de ces mères fragilisées par des contextes traumatiques. Ceci a favorisé une relation duelle marquée par un besoin de sauver sa mère, marqué par un collage réel au corps de la mère. Sinopé s'est dressé comme « un mur », « un barrage » face à la violence du père. Ce que nous interprétons non pas comme un rôle mais comme un sacrifice réel de sa place d'enfant, afin d'incarner une fonction de sauveur. Sinopé est devenue le parent protecteur de sa propre mère, infléchissant leur relation sur un versant thérapeutique.

Ophélie, Amalthée et Calypso doivent négocier avec un regard maternel dans l'excès. Néanmoins, cela se joue d'une façon singulière pour chacune. Le regard des autres est également présent dans le discours de ces femmes et s'intrique au regard de l'Autre maternel.

Le discours d'Ophélie soulève des oppositions et une conflictualité dans ses relations sociales. Elle est plutôt préoccupée par le jugement des autres. Nous retrouvons dans le discours des affects de honte mais surtout de persécution. Le jugement des autres est vécu sur un mode persécutif, tout comme le regard de la mère. En effet, sa description d'une mère autoritaire et imposante, et son attitude compliante à son égard nous indique d'une part, que la mère est perçue dans sa toute-puissance, et, d'autre part, qu'Ophélie répond au caprice maternel (Lacan, 1958). **L'attitude de soumission qu'elle incarne est une manière pour elle de se défaire de l'emprise du désir maternel.**

Chez Amalthée, cet excès se signifie dans le regard maternel, qui s'étend jusque dans le regard des autres, marquant ainsi son omniprésence, mais surtout son omnipotence. Sa tendance à idéaliser la figure maternelle, leur relation, mais également son enfance, et sa vie actuelle qu'elle désire sans contraintes, dévoile une impossibilité de se décaler de la perfection infantile imaginaire. Sa mère est un modèle d'identification admiré et mortifère à la fois. **Cette idéalisation empêche de percevoir la castration maternelle, puisque rien ne manque à l'image phallique.** Et, comme le souligne Lacan, c'est l'illusion de la mère phallique qui entretient l'illusion de sa propre complétude.

Calypso, quant à elle, parle d'une mère qui se place en rivale pour obtenir les faveurs paternelles, mais également aux prises avec le jugement des autres. Le besoin maternel de la faire maigrir est une réponse à sa culpabilité de ne pas être une bonne mère. Néanmoins, nous repérons sa capacité à négocier psychologiquement avec tout cela. **La castration à l'objet scopique est opérante grâce à l'instauration de la fonction tierce, au sein de la relation mère-enfant, opérée par la rivalité à l'endroit du père.** Le rejet dont elle a été victime enfant l'a précipité à une place Tierce, d'observatrice. Cela a favorisé le développement de capacités d'analyse qu'elle a ensuite mis au service d'une auto-observation.

Ces femmes paraissent vouloir dénoncer l'absence d'un regard maternel rassurant et contenant, qui ne soit pas dans l'excès : trop présent ou trop absent. Hassoun (1997) évoque que dans un fonctionnement masochique, le sujet est soumis à son propre désir qui est une mise en scène du véritable enjeu inconscient - convoquer le regard de l'Autre. De plus, dans la douleur somatique, les études montrent qu'on peut se trouver face à un masochisme de mauvaise qualité (Dechaud-Ferbus, 2014 ; Papageorgiou, 1999), qui n'intègre pas suffisamment la coexcitation libidinale (douleur et plaisir).

Cette hypothèse est relayée dans les résultats de notre recherche : **Lysithéa et Sinopé ont toujours cherché à exister dans le regard maternel, et Ophélie et Amalthée n'ont pas réussi à exister hors du regard maternel.** Ceci témoigne de la désintrinsication pulsionnelle, formalisée à travers un comportement masochique à l'égard du regard de l'Autre.

En demeurant aux prises avec le regard de l'Autre, le sujet peut se réfugier dans l'*aphanisis*. Ceci indique qu'il peut se maintenir dans l'illusion d'être l'objet désiré. Cette position face au désir est ce que Lacan (1964) soulève comme intervenant dans les phénomènes psychosomatiques et qu'il qualifie également de forclusion partielle du complexe d'Œdipe (1959). Les femmes rencontrées maintiennent cette position face au phallus, révélant la dimension masochique, exceptée Calypso.

Dans le masochisme, c'est le sujet qui devient objet de jouissance (Lacan 1962). Il se donne en sacrifice à la jouissance de l'Autre, pour avoir l'illusion que cet Autre désire quelque chose. Lacan explique que le masochiste apparaît quand le désir et la loi se conjuguent ce qui montre que le désir n'est pas soumis à la Loi du Phallus, il la remplace. Ceci laisse le sujet en proie à un Surmoi féroce qui le précipite dans une soumission à l'autopunition permanente. **Cette dimension sacrificielle est présente chez les femmes, de notre étude, comme nous l'avons déplié dans la première partie, et elle engendre une image de soi qui les assigne à ce rôle, et ce, afin de préserver cette fonction protectrice, face au regard et au désir de l'Autre.**

Le rôle que Lysithéa a endossé dès son plus jeune âge est un rôle qu'elle a continué de reproduire dans sa vie d'adulte. Son fantasme d'être mère « parfaite » mais également une femme active professionnellement, ainsi que les sacrifices qu'elle a dû faire pour tenir le rôle de la mère idéale, se sont « résolus » avec l'arrivée des douleurs. C'est la nuance que nous repérons lorsque le sujet se positionne dans la relation à l'Autre à la sortie du Stade du miroir. Lysithéa oscille entre incarner l'image idéale de la mère parfaite (laissant apparaître un moi idéal mortifère) et se servir de l'objet-douleur qu'elle donne en sacrifice à la jouissance maternelle. **La douleur apparaît comme la seule possibilité pour Lysithéa de renoncer, en partie, à l'image idéale.**

Amalthée aime tout gérer et être un exemple pour les autres. Ce désir marque une forte identification à la mère phallique, qui n'est pas perçue dans son manque, et empêche par la même occasion de percevoir son propre manque. **L'idéalisation qui continue de se manifester appuie la forclusion de la castration.**

Ce qui fait trace pour Ophélie est une impossibilité à dire. La toute-jouissance de la mère est clairement mise en exergue dans son discours, par le comportement qu'elle manifeste à son égard. Devant le désir maternel, elle est ambivalente : entre soumission et obéissance, et entre soumission et fuite, mais jamais elle ne se positionne en opposition. La conflictualité est passive et ne fait l'objet d'aucun mouvement de haine. **Ophélie est en proie à une image de soi forte et endurente, qui est en conflit intérieur à faire valoir son propre savoir, qui a toujours été relégué derrière le savoir maternel.**

Nos résultats montrent ainsi que **différentes images narcissiques se manifestent en réponse à ce désir maternel** : être une mère dévouée pour Lysithéa, une femme exemplaire pour Amalthée, une femme de savoir pour Ophélie, toutes conduisant à un fonctionnement répétitif, épuisant et contraignant. C'est la survenue de la douleur qui règle la toute-puissance narcissique. Par conséquent, l'image de soi n'est pas complètement trouée, car c'est l'objet-douleur qui vient à la place du manque. C'est pourquoi Lacan (1959) appelle cela une forclusion partielle et nos résultats vont dans ce sens.

La forclusion partielle éclaire des problématiques de castration. Ainsi, nous pouvons dire que dans le champ de la douleur chronique, et notamment la fibromyalgie, une problématique de séparation entre soi et l'objet, et une absence d'indifférenciation, marquée une identification imaginaire non médiatisée par un Tiers, sont soulevées dans notre recherche et étayées dans la littérature (Forlanetto et Spoljar, 2017 ; Gorot, 2010 ; Sibony, 2013). Trop de présence ou d'absence maternelle met le sujet en difficulté et semble engendrer un renoncement à se subjectiver. Ceci rejoint l'hypothèse de Ciccone (1999) à propos de la fonction sacrificielle ou de Vasse (1988) sur la négation de soi. Le sujet reste aux prises avec une image narcissique désobjectivante.

La relation d'objet est pour Lacan une relation de manque, permettant de comprendre le rapport du sujet au phallus (privation, frustration, castration). Nous pouvons ainsi avancer que **Lysithéa manque de présence maternelle**. Le départ maternel est une privation réelle, avec laquelle elle doit négocier pour se situer en tant qu'objet. **Ophélie et Amalthée ne sont pas introduites à la dimension du manque**. Leurs mères désirent pour elle et elles s'en accommodent l'une et l'autre d'une manière singulière. **Sinopé est dans une relation maternelle marquée par la privation** (manque réel opéré par la violence paternelle), ce qui diffère de la relation fusionnelle d'Amalthée aux prises avec un deuil maternel compliqué, qui serait plus de l'ordre de la frustration (manque imaginaire de l'objet réel). **Calypso est dans une relation objectale reposant sur la castration**.

Par ailleurs, l'inélaboration des mouvements de haine, pour elles, entrave le processus de séparation et favorise un lien indifférencié avec l'objet, comme nous en avons déjà discuté.

L'absence de séparation d'avec l'objet participe à maintenir le sujet dans l'image narcissique qu'il se fait de lui. **C'est une souffrance de l'image narcissique, qui est en jeu dans la résistance psychique de ces femmes atteintes de fibromyalgie, en tant qu'elle est la manifestation de la position subjective du sujet en face du désir de l'Autre**.

Cette image narcissique engendre des comportements marqués par l'excès favorisant et entretenant un état de douleur, bien que celui-ci « règle » de façon précaire l'impossibilité pour ces femmes de négocier avec leur image de soi.

Si Calypso ne présente pas les mêmes comportements algiques, c'est parce qu'elle est introduite à la dimension du manque, dans son versant symbolique, et qu'elle a conscience des limites, à la fois de son corps, mais également de l'Autre. Sinopé, quant à elle, présente des problématiques bien plus archaïques Ceci éclaire que le manque est une privation qui se joue sur le plan réel. L'objet manque à sa place et c'est pourquoi Sinopé est à la place de l'objet manquant. Contrairement à Calypso et Sinopé, Lysithéa, Ophélie et Amalthée sont aux prises avec des revendications « imaginaires », selon la définition lacanienne, qui montrent que la relation de manque de l'objet fait référence à la frustration.

2.2. Fonction médicale et position subjective : les enjeux conscients et inconscients dans la consultation médicale

La douleur chronique nécessite une politique de prise en charge particulière (Inserm, 2020). Elle a besoin de moyens matériels et financiers, dont l'impact n'est pas identifiable avec notre recherche. De plus, une approche globale et pluridisciplinaire est nécessaire, ce qui implique que du temps, considéré comme « paramédical », soit alloué à l'écoute et à la compréhension. Ce temps « paramédical » est renvoyé aux aspects qualitatifs de la relation soignant-soigné, ce qui n'est pas quantifiable dans le nouveau système d'évaluation des établissements de santé (Sebai, 2015) et n'est donc pas une priorité en soi.

Ces aspects apparaissent dans le discours de ces femmes qui dénoncent toutes un parcours de prises en charge qui ne les satisfait pas. Elles l'expliquent par un manque d'écoute et de considération qu'elles vivent difficilement. Ceci vient soulever les limites et les difficultés que le parcours de soins classique propose dans la prise en charge des douleurs chroniques. Les médecins sont les garants du soin, mais ils sont également les prescripteurs et les instruments d'un système de santé, qui ne leur permet pas d'être pleinement à l'écoute du malade, ni même prendre le temps de discuter avec leurs patients, de les informer, de les accompagner et les guider (Révah-Levy & Verneuil, 2016).

Sinopé dénonce même un système de santé qui privilégie la rentabilité au bien-être des malades. Ces représentations-là contribuent à une défiance envers le corps médical et favorisent une démedicalisation. En effet, toutes les femmes parlent des alternatives « naturelles » auxquelles elles aimeraient avoir accès gratuitement ou à moindre coût, persuadées que leur soulagement passera par ces alternatives et non par un parcours médical, dans lequel elles ont perdu foi.

Dans notre thèse, c'est du côté de la réalité subjective des patientes que nous repérons comment la relation thérapeutique se vit et s'éprouve. **Les entretiens dépeignent un monde médical où prédomine un dualisme corps-esprit et une centration sur les traitements allopathiques.** Majoritairement suivis par des rhumatologues ou des généralistes, les participantes rapportent toutes des traitements « classiques » que les médecins administrent : anti-dépresseurs, anxiolytiques, anti-douleurs, bien que jugés inefficaces dans la fibromyalgie, dans 91% des cas, selon Legand et al. (2019).

Cette inefficacité est soulevée par l'ensemble des femmes qui ont partagé leurs doutes à ce sujet et pour certaines, ce sont même des effets secondaires handicapants qu'elles rapportent. Elles se sentent littéralement « assommées » par les traitements, ce que Lysithéa verbalise littéralement en ce sens.

Nous repérons néanmoins que **le médicament remplit d'autres fonctions que la simple molécule biologique**, que Delaroche (2003) suppose comme la manifestation de la conflictualité en lien avec la toute-puissance maternelle, du fait de sa métonymie avec un objet de la pulsion orale (l'administration buccale du médicament). En ce sens, le besoin de les prendre, bien qu'ils seraient néfastes, éclaire l'ambivalence du sujet à l'égard de l'objet de la pulsion orale, qui se présente à la fois comme bon et/ou comme mauvais objet (*Pharmakon*), comme le montre les entretiens de Lysithéa, Ophélie et Amalthée. Ce clivage bon/mauvais marque un rapport sans nuances, porté par la figure du moi idéal poussant à cette démesure. De plus, le clivage est repéré en tant que mécanisme défensif chez ces trois femmes. Ophélie décrit des effets secondaires inquiétants, qui lui font faire des fugues « dissociatives » et des « comas », où elle se retrouve intubée à deux reprises à l'hôpital, sans le moindre souvenir des événements qui l'ont conduit à cet état. Lysithéa et Ophélie ont arrêté leur traitement, poussées à bout par les effets secondaires. Elles décrivent cela comme un acte soudain de désaccord, qui se comprend plus comme un agir que comme une réflexion approfondie et symbolisée. Amalthée a longtemps pris ses médicaments parlant de la toute confiance envers la figure médicale. Néanmoins, cette confiance se présente en excès.

Comme le soulève Tannier (2022), « la confiance suppose l'existence d'une incertitude (chacun sait qu'elle peut être déçue ou trahie), sinon on est dans le domaine de la croyance (la confiance aveugle) ou d'un savoir absolu » (Tannier, p.1). Ce rapport spécifique au savoir de l'Autre apparaît comme un frein dans la relation transférentielle qui nécessite cet écart dans le savoir, c'est-à-dire, un savoir non pas absolu, mais relatif et partageable (supposé). Pour Amalthée, cette confiance s'est brisée à l'occasion du décès de sa propre mère. Le plein savoir, attribué au médecin, chute avec la perte maternelle, et avec elle, le lieu du savoir, en tant que trésor des signifiants. Le médicament est devenu un objet-poison, un objet presque phobique.

Calypso et Sinopé ont un rapport non clivé à l'objet-médicament et considèrent pouvoir retourner chez le médecin si nécessaire, sans présenter de méfiance. Calypso est consciente de la limite de l'efficacité d'un médicament et de la limite à pouvoir soulager ou soigner la douleur. Sinopé est plus ambivalente, car elle ne sait pas quoi penser de tout ça. Elle-même a ressenti l'abrutissement que lui provoque la prise des médicaments, mais elle est capable de s'en servir de façon sporadique lorsqu'elle en éprouve le besoin et ressent du soulagement. Le médicament paraît remplir une fonction de secours. Actuellement, elles ne sont plus sous traitement médicamenteux régulier.

Le comportement que ces femmes présentent à l'égard du médicament entre en résonance avec le comportement qu'elles ont devant le désir de l'Autre maternel qui détermine la qualité psychique de l'objet oral, incorporé dans le plaisir ou le déplaisir. Lysithéa est dans un agir presque pathologique, où rien ne paraît symbolisé. Elle acte l'arrêt de ses médicaments sans aucune nuance, passant d'un extrême à l'autre (prendre ou ne plus prendre), clivant par la même occasion le médicament en bon puis en mauvais objet. Ce clivage opère également chez Amalthée, qui est d'abord dans une confiance presque aveugle au discours du médecin, jusqu'au décès maternel, où le médicament devient le mauvais objet, l'objet-poison, responsable de la perte maternelle. Ophélie est dans un comportement d'évitement pour ne pas rentrer en conflit devant la figure médicale, et lorsqu'elle arrête son traitement c'est avec l'accord préalable de son psychiatre. Elle se soumet ainsi à l'autorité médicale. Calypso est plus mesurée et réfléchit quant à son traitement, Sinopé est également plus nuancée. Elles ne sont pas dans le rejet du médicament, mais plutôt dans son utilisation parcimonieuse lorsqu'elles n'ont plus d'autres solutions pour soulager leurs douleurs.

La prise de médicament est entendue sur le plan médical, comme le gage d'une bonne ou d'une mauvaise observance thérapeutique, bien que l'on ne puisse pas la réduire à une bonne ou une mauvaise conduite. **D'après notre analyse et notre interprétation, elle recouvre une conflictualité inconsciente avec la figure maternelle, en tant qu'objet nourricier.** L'approche du tout-médicament et la forme d'acharnement thérapeutique que le renouvellement allopathique peut prendre (Boukerche-Delmotte, 2019) montrent leurs limites au regard des résultats obtenus. **En ce sens, éduquer le patient, comme l'atteste la littérature scientifique (Berquin, 2013), est un fantasme, si l'on ne considère pas la complexité du sujet dans son rapport pulsionnel à l'Autre et à l'objet.**

La relation au médecin est marquée par une conflictualité inconsciente qu'elles expliquent par le comportement des médecins eux-mêmes. Ils sont décrits comme des figures arrogantes et/ou dans une posture de savoir. Néanmoins, cela ne suffit pas à comprendre le conflit qui se joue. Pour appréhender l'étendue de la conflictualité, il s'agit également de l'interroger sur le plan inconscient, ce que nous avons réalisé par l'analyse de la position subjective face à l'Autre.

Lysithéa ne se sent pas considérée car le médecin ne trouve pas de solutions pour la soulager. Son discours indique que sa position subjective dans le transfert est une position passive, présentant tout de même une certaine conflictualité. Elle se complait et se soumet entièrement aux décisions du médecin, même lorsqu'elle n'est pas en accord. Elle se plie puis s'en plaint. Cela s'explique par la représentation qu'elle se fait du médecin, perçue comme « solution », et l'assimile donc à une fonction de guérisseur, une fonction de toute-puissance médicale (Fischer & Tarquinio, 2014 ; Israël, 2005). Ceci montre qu'en repérant l'Autre à une place de savoir, elle s'efface en tant que sujet. La conflictualité est néanmoins latente envers la figure médicale mais se manifeste à travers l'usage du médicament. Nous observons cette même position subjective chez Ophélie. L'ambivalence (compliance/opposition) ne se joue pas envers la figure du médecin. Elle déplace les mouvements agressifs de la figure médicale à la figure de la femme-soignante, à laquelle elle peut s'identifier (identité spéculaire), car elle a été auxiliaire de vie sociale. Ceci lui aurait donné un certain savoir sur tous les protocoles de soins. Les médicaments paraissent également tenir cette même fonction de support d'une conflictualité archaïque. Amalthée parle de l'arrogance de certains médecins, même le ton de sa voix marque un dégoût à cette attitude qui la met sur la défensive. Néanmoins, elle ne formule pas son mécontentement, tant qu'il la concerne. Elle peut en dire quelque chose lorsque cela concerne ses parents et l'attitude des médecins lors de leur prise en charge. C'est à ce moment-là qu'elle montre plus facilement de la colère et qu'elle dénonce ce qu'elle juge comme inacceptable. La conflictualité est ainsi également déplacée.

La conflictualité dans la relation au médecin est inconsciente car elle est déplacée sur la prise des médicaments, de sorte que celle-ci dépend du rapport spécifique à l'objet de la pulsion orale. **La non-conscientisation de cette conflictualité intrapsychique renvoie le conflit dans la relation effective au médecin, portant ainsi toute la responsabilité de l'inefficacité de la prise en charge.**

Le manque d'écoute est évoqué dans la littérature comme étant au cœur des difficultés qui s'installent entre le médecin et son patient que Cornette (2018) repère comme un manque de compréhension mutuelle. Cet écart de compréhension s'entend dans l'expérience qu'Amalthée a eue avec un rhumatologue. L'arrogance et le manque d'écoute ressentis l'ont conduit à parler de cancer, maladie qu'elle dit préférer avoir pour être considérée. Ce que le rhumatologue a pris comme un affront. Il n'a pas pu comprendre qu'à travers ces mots, Amalthée avait besoin d'être crue. L'écoute de l'autre n'est pas réduite à entendre des mots, elle n'est pas réduite à sa simple fonction sensorielle. C'est l'écoute des processus inconscients, qui permet de saisir la portée de la plainte qui s'exprime. L'écoute contient aussi une part de confiance que le médecin devrait avoir envers la parole de son patient, qui « sait ».

Le savoir expérientiel du patient est à considérer comme un savoir, au même titre que le savoir médical. Mais cela constituerait un défi narcissique pour le médecin (Aïni, Curelli-Chereau & Antoine, 2008).

L'histoire de Calypso enseigne sur ce savoir expérientiel. Elle a été longtemps sous Tramadol®, une substance dont on connaît aujourd'hui les effets de manque, bien qu'au moment où elle a fait part au médecin de sa dépendance à la substance, il lui aurait certifié que ce n'était pas possible. Nous pouvons considérer qu'il s'est fié entièrement à son propre savoir médical, plutôt que de l'accompagner dans le sevrage qu'elle demandait.

Lysithéa et Ophélie parlent d'un manque d'écoute qui se formalise à travers la prescription et le traitement allopathique. L'une dénonce un manque d'efficacité des médicaments que les médecins n'entendent pas, évoquant ainsi l'acharnement thérapeutique que constate Boukerche-Delmotte (2019) dans sa pratique auprès de patients douloureux chroniques. Ophélie se plaint des nombreux effets secondaires que les médecins rejettent. Sinopé trouve que l'écoute est présente, bien que l'analyse de l'ensemble de l'entretien décrive un manque de reconnaissance et une perte complète d'espoir à l'égard du corps médical, qu'elle ne conscientise pas. En revanche, Calypso est consciente des limites du savoir médical et de l'impuissance du médecin à soigner et/ou à guérir.

La littérature scientifique soulève des problématiques en lien avec la place que prend la technoscience au sein même des consultations et l'importance des imageries pour établir un diagnostic, au risque d'effacer la parole et le savoir patient. Potier (2007) rend attentif à cette cristallisation du regard sur l'image, qui empêche d'accéder à l'expérience subjective du patient avec sa maladie. Il rajoute qu'il faut réinterroger la dimension symbolique du regard en tant qu'instance de reconnaissance d'un sujet. En effet, le regard remplit ou non sa fonction symbolique de reconnaissance (Lacan, 1973). L'ensemble de ces techniques médicales repose sur le regard aguerrri du médecin qui, selon les résultats, détermine le parcours thérapeutique. Le savoir patient n'est pas considéré, d'autant plus, si les imageries paraissent « normales ». La douleur peut ainsi demeurer une absence pour celui qui regarde sans rien trouver, en témoigne l'analyse de contenu des entretiens. **Le parcours thérapeutique des cinq femmes de notre étude rapporte une systématisation de la place du regard du médecin à l'endroit des investigations (résultats de prise de sang, imageries médicales, tests salivaires, etc) et une réaction défensive du côté des femmes.** Quand les imageries montrent qu'il n'y a rien, c'est un couperet qui tombe pour le patient (Czermak, 1985 ; Israël, 2005). Le regard que le médecin porte sur son patient, son corps et sa douleur est un gage de reconnaissance de la douleur mais également de sa condition de malade (son existence en tant que malade et en tant que sujet en souffrance). Cette absence dans le champ scopique est accompagné d'un discours qui appuie le vide : « y'a rien ».

En ce sens, **ce qui est problématique est la résistance psychique que le discours médical produit.** Le regard du médecin entre en résonance avec le montage inconscient et notamment le regard que ces femmes portent sur elle-même. L'écoute, que nous qualifions d'écoute de surface, n'est pas suffisante si elle n'est pas accompagnée d'un regard et d'une parole qui prennent en considération la parole du patient. **Cette configuration en consultation reprend la disposition symbolique du Stade du miroir.** Le regard Autre est celui qui pousse le sujet à une certaine conformation imaginaire, sauf si une parole l'en déloge. Ce rejet est particulièrement problématique car il signe non seulement la perte de confiance en la figure du médecin mais surtout l'échec thérapeutique, car les deux sont indissociables (Israël, 1968 ; Valot et Lalau, 2020).

Plus encore, il provoque un arrêt prématuré et quasi définitif de tout suivi médical, initié par le patient, comme pour Amalthée et Lysithéa. Amalthée est complètement sortie du parcours thérapeutique médical, car elle a le sentiment que les médecins ne font rien pour elle. Ce rejet fait écho à des problématiques personnelles du côté de l'abandon, ce qui le rend d'autant plus complexe. Cette interruption des investigations médicales ne semble pas avoir fait l'objet d'une mise en sens.

La réactivation de conflits intimes contribue à ce sentiment général de déception voire de rejet total que nous constatons également du côté de la réaction au diagnostic. Nacu & Benamouzig (2010) repèrent une contradiction par rapport au diagnostic. Les patients s'en saisissent comme un *moment fondateur*, bien qu'ils doivent faire avec un diagnostic de *non-maladie* sans solution thérapeutique. Pour chacune d'entre elles, la fibromyalgie est posée comme un diagnostic d'élimination qui participe à la difficulté à admettre la pathologie comme un diagnostic valable. **L'arrêt des investigations est alors vécu comme un rejet, en témoignent les entretiens de Lysithéa, Ophélie, Amalthée et Sinopé.** Elles le ressentent comme un abandon du corps médical, qui ouvre une blessure narcissique, ancrée dans un passé aux repères plus ou moins carencés pour Lysithéa, Ophélie et Sinopé, ou idéalisés pour Amalthée, ayant pour conséquences similaires, des difficultés à se subjectiver hors du désir maternel.

Cet abandon le patient le vit comme un rejet profond, bien que le médecin semble délaisser ce corps-objet qui ne l'intéresse plus, car il n'y a rien à obtenir sur le plan du savoir médical. Lysithéa a été hospitalisée pour réaliser une pluralité d'exams qui n'a révélé aucune particularité. Elle est alors persuadée qu'ils n'ont pas poussé assez loin les investigations et qu'elle doit nécessairement avoir une pathologie reconnue comme la SEP ou la polyarthrite. En ce sens, elle ne se sent pas considérée et prise au sérieux. Amalthée évoque l'absence de preuves visibles de la pathologie comme étant à l'origine d'un désintérêt médical. Dans la relation au rhumatologue, elle se compare à son mari, l'ayant également consulté pour une discopathie, visible sur l'IRM, avec qui tout s'est très bien passé. Cette différence d'attitude qu'elle perçoit chez ce rhumatologue la laisse dans le désarroi, si bien qu'elle évoque, durant une de ces consultations, le fait de préférer avoir un cancer. Plus encore, elle dénie l'existence de la fibromyalgie pensant qu'elle a une maladie de Lyme. Amalthée est prise dans une confusion qui est articulée au discours médical et au regard qu'il porte sur la pathologie.

Le discours d'Ophélie révèle que la « normalité » des radiologies et des prises de sang la fait passer pour « folle » auprès des médecins. L'absence de faits objectivables dans le domaine du visible signifie fantasmatiquement que les douleurs seraient dans sa tête, ce qu'elle éprouve comme une perte d'intégrité psychique. Tout ceci touche à un profond manque de considération. Le médecin ne voit « rien », alors la douleur ne peut être qu'imaginaire. Dans la fixation à ce fantasme, elle perçoit dans le regard du médecin et du personnel soignant, une image narcissique qui la fait souffrir, celle d'une simulatrice, cherchant à se faire remarquer ou à se faire plaindre. Quant à Calypso, elle dénonce la batterie d'examens qu'un nombre conséquent de médecins lui ont fait faire, sans pour autant pouvoir établir un diagnostic. Ce parcours assez lourd lui a fait longtemps penser qu'aucun médecin ne la croyait, jusqu'à qu'une parole Autre ait pu réouvrir le dialogue. Une rhumatologue a établi le diagnostic et a ainsi posé un autre regard sur Calypso, que les précédents médecins. Avec ces derniers, le regard a échoué, là où celui de la rhumatologue a encouragé une reconnaissance. Ce que Calypso formule en ces termes. C'est non seulement le diagnostic, mais surtout l'écoute et la compréhension, qui lui ont permis de se sentir reconnue.

Nous constatons que le diagnostic posé par les médecins ne modifie pas nécessairement de façon positive l'alliance thérapeutique. Illich (1999) pense que le diagnostic objectif, socialement acceptable, est pathogène en soi au sens subjectif. Nous repérons l'effet pathogène du diagnostic, en analysant la demande telle que Lacan (1961) l'enseigne, en tant qu'elle recouvre une demande d'amour et qu'elle est portée par le désir inconscient. C'est ce que certains auteurs rapportent au sujet d'un besoin de reconnaissance qui se formule dans la plainte du patient fibromyalgique (Furlanetto, & Spoljar, 2017 ; De Barros, 2021).

L'appel à l'Autre est identifiable au travers des discours de Lysithéa, d'Ophélie, d'Amalthée et de Sinopé. Celui-ci concerne un besoin de reconnaissance identitaire, comme le montrent nos résultats. Lysithéa ne parle pas de diagnostic mais de pronostic. Elle s'imagine qu'il y a autre chose. Le pronostic témoigne d'un manque d'adhésion au diagnostic et vit l'absence de reconnaissance de la pathologie comme un rejet, une blessure narcissique profonde. Cela nous donne l'indice que ce rejet est très ancré dans des conflits plus intimes. Sa « demande » consciente porte le désir d'un autre diagnostic et à pousser plus loin les investigations.

Dans le discours conscient, cette demande de réparation se joue sur la scène sociale, médicale et juridique (MDPH, médecin, droits), bien qu'elle s'adresse inconsciemment à un Autre. Sur le plan inconscient sa demande concerne une reconnaissance identitaire, à travers une inscription filiative sur le plan symbolique. Amalthée est également insatisfaite de son diagnostic qu'elle pense erroné. Elle se persuade d'avoir probablement une maladie de Lyme non détectée. Cette insatisfaction trouve sa signification dans la répétition de la demande, car elle recouvre sur le plan inconscient, une demande de réparation concernant la perte maternelle et, par contingence, la reconnaissance de la souffrance dans laquelle cette perte violente l'a conduite. Une pathologie visible rendrait également visible sa souffrance. Ophélie démarre l'entretien en disant que son diagnostic de fibromyalgie est posé depuis 2017, comme si cela donnait du crédit à sa parole. Elle n'est pas dans une recherche d'une autre pathologie somatique bien qu'elle dénonce l'absence de preuves comme quelque chose de difficile à accepter. Cette absence remet en cause sa parole, l'existence de ses douleurs et son propre savoir à ce sujet. Elle pense qu'on la croit folle. Ophélie ne comprend pas pourquoi l'aspect psychologique est évoqué alors que ce sont des douleurs corporelles. Ce refus d'en savoir plus trouve son refuge au sein de la parole du psychiatre qui la conforte dans l'idée que l'étiologie de ses douleurs (le savoir) se situe bien dans le corps. Inconsciemment, sa demande est arrimée à un besoin de reconnaissance de son propre savoir, qui a toujours été renié – et par sa mère et par les médecins sceptiques. Ceci se repère à travers l'opposition qu'elle formule à l'égard du savoir médical. Chez Sinopé, la demande inconsciente prend une forme de demande de punition, en réponse à une culpabilité passée et rejoint l'hypothèse de Hassoun (1997) sur la question du masochisme, comme nous l'avons mentionné. Le masochisme est un appel à l'Autre et le regard devient l'objet (a), cause de ce désir, de façon exclusive. Le sujet se montre et se mue en victime, et la douleur devient alors le moyen d'appel à l'endroit de l'Autre. Sinopé, victime de son père violent, victime de son frère incestueux et victime d'une mère psychiquement absente, dépeint ce recourt masochique consistant à jouir d'être regardé en train de souffrir.

De Barros (2021) explique que sur le plan subjectif, un diagnostic est une nomination qui attribue à un sujet une identité. Cette nomination peut permettre la suspension d'une demande originelle. En effet, répondre à la demande consciente ne s'accompagne pas d'un acte de réparation, car la reconnaissance recherchée se situe ailleurs. **Nous entendons dans les entretiens menés, la place que prendre la demande qui se répète à l'endroit des investigations médicales, jamais satisfaites.** Si le diagnostic ne suffit pas à combler la demande, c'est pour maintenir le désir inconscient. Et celui-ci porte la marque d'une absence de reconnaissance qui entre en résonance avec une identité bafouée.

Le besoin incommensurable de reconnaissance de cette pathologie auprès de l'ensemble des médecins, auprès d'une certaine autorité, témoigne des souffrances que ces patientes endurent au quotidien. **Le sujet de l'inconscient demande une reconnaissance de son désir, c'est-à-dire en tant que sujet désirant, donc un sujet qui n'est pas sous l'emprise du désir maternel.** En restant focalisé sur le diagnostic et arrimé à son savoir théorique, spécifiquement, lorsque les examens médicaux n'ont décelé aucune pathologie sous-jacente ou suffisamment pertinente pour en donner une explication, le médecin perd voire même scotomise, à son insu, une grande partie des éléments subjectifs du patient (Le Breton, 2017). Il demeure en dehors du champ de la parole du patient pour rester arrimé à ses propres représentations. Ainsi, de nombreux patients se tournent vers d'autres lieux pour tenter de trouver une réponse à cette question que Potier et Putois (2018) soulèvent très justement : « pourquoi moi ? ». Cette question soulève la question du savoir que le patient cherche en la figure médicale ou ailleurs lorsqu'il en est insatisfait.

L'absence de preuve n'est pas la preuve de l'absence, car au-delà de l'image qui ne montre rien, c'est un sujet en souffrance qui se dévoile. Le regard du médecin est un gage de la reconnaissance de cette souffrance subjective. Ceci s'explique par la place qu'il incarne dans le transfert, en tant que le regard qu'il porte est celui de l'idéal du moi, également présent durant le Stade du miroir. Ce regard Autre qui ne le regarde pas en tant que sujet, le condamne à être en proie à sa jouissance. Le sujet de l'inconscient continue ainsi de rejouer ses demandes insatisfaites. C'est ce que nous évoquions précédemment. Cela implique que le médecin n'est pas un meilleur substitut parental, que le parent qui a échoué dans son enfance.

3. Du Stade du miroir au transfert médical : une articulation favorisée et réalisée à l'aide du graphe du désir lacanien

Nous allons désormais articuler le discours de ces femmes au regard des mathèmes du Graphe du désir. Cette articulation théorico-clinique nous permet d'avoir une lecture de leurs discours en rapport avec les enjeux identificatoires du Stade du miroir, mais également avec les enjeux transférentiels, qui se déploient dans le colloque médical. Cette lecture croisée des discours avec le Graphe du désir permet d'appréhender en quoi la une image idéale de soi est un frein dans la relation médecin-patient. Le repérage de l'aliénation imaginaire passe par l'analyse de l'image spéculaire, en tant que défense et méconnaissance de soi (Lacan). Ceci est nécessaire pour comprendre la boucle imaginaire dans laquelle le sujet est pris et qui est à l'origine de ses revendications infantiles. Cette aliénation détermine la tournure de la consultation médicale, et elle est en rapport avec la construction de l'image spéculaire au Stade du miroir.

3.1. Structure inconsciente du discours

a. Sur le plan imaginaire : fonction de l'objet (a) et montage fantasmatique [\$◆a]

Durant le Stade du miroir, le sujet est pris dans l'élaboration de son fantasme par rapport à ce qu'il représente dans le désir maternel (*Che vuoi*). Cette énigme du *Che vuoi* provoque l'angoisse. C'est pour cette raison que le sujet s'identifie en premier lieu à ce qu'il a repéré de ce désir, puisque dans tous les cas, sur le plan inconscient, le sujet a à se situer en face du désir de l'Autre. Le fantasme, en tant que support de l'objet du désir, permet le réglage au désir de l'Autre. C'est donc à travers le fantasme que nous pouvons comprendre comment le sujet se situe par rapport à l'objet. Dans le fantasme, la dimension du regard, en tant que perception du visible, est présente. La réalité est la part du réel qui passe par l'écran du fantasme. Dans ce que dépeint le sujet de son histoire, son quotidien, sa manière de percevoir le monde qui l'entoure, sa relation aux autres, ce qu'il attend de sa vie, de sa famille, nous pouvons comprendre le montage fantasmatique qui soutient son désir.

La place que Lysithéa occupe dans sa vie d'adulte rappelle celle qu'elle a occupée durant son enfance/adolescence dans sa famille d'origine. Cette place a été largement favorisée par ce qu'elle a supposé du désir maternel comme le souligne Lacan. Sa mère apparaît comme une figure défaillante, qui ne correspond pas à l'image idéale que Lysithéa se fait d'une mère. La fonction symbolique du grand Autre primordial au moment du stade du miroir est une figure qui échoue, car l'endroit où se porte son regard demeure une énigme. N'ayant pu repérer le désir de sa mère, elle apprend à se situer imaginativement dans le désir de l'Autre. Elle comprend qu'elle n'est pas le phallus, mais se demande où il est (les va-et-vient maternel à l'extérieur). **L'absence de repérage a obligé Lysithéa à s'imaginer devoir incarner un rôle maternel sacrificiel.** Dans le fantasme, ce don de soi est ce qu'elle représente en tant que sujet dans son rapport à l'objet de la pulsion. Ce dévouement s'inscrit dans un besoin de fusion, offrant fantasmatiquement une tentative de réparation de la déception qu'elle a à l'égard de sa mère et de leur relation. Dans ce dépassement, elle répète un état de douleurs. Cette façon d'agir s'apparente à du masochisme. Paradoxalement, la douleur autorise Lysithéa à lâcher prise sur l'exigence qu'elle a d'elle-même. Elle peut se montrer plus vulnérable. Cette opportunité psychique fait apparaître la fibromyalgie comme une solution pour se libérer du poids de la mère parfaite, image à laquelle elle ne peut renoncer fantasmatiquement. La douleur permet le déchirement à l'image narcissique abîmée de l'enfance, mais enferme dans une nouvelle image de soi valorisante et mortifère à la fois. C'est-à-dire qu'elle colmate un narcissisme fragile tout en favorisant un comportement algique. Cette dialectique entre un soi martyr et un soi grandiose la renforce narcissiquement sur le plan masochique, et maintient une certaine cohésion identitaire.

Au contraire de Lysithéa qui tente de se situer imaginativement dans le désir de l'Autre, **Ophélie est, quant à elle, empêtrée dans le « caprice » maternel, qui la maintient à une place d'objet désirable.** Elle comprend dès l'enfance qu'elle doit se plier au savoir maternel et à sa demande, ce qui se réactualise dans le comportement d'abandon au corps médical et à l'adhésion qu'elle manifeste à ce qu'elle juge inefficace. Face au discours de l'Autre, Ophélie est dans l'obéissance, formalisée par la soumission à son savoir. Face à l'autre spéculaire (femmes soignantes), l'affrontement est une réponse qui vient faire barrage au désir angoissant de l'Autre, comme le suppose Lacan. Fantasmatiquement, la relation aux soignantes, uniquement des femmes, est vécue sur un mode persécutif où se jouent conflits et rivalité.

Ce sont des relations dans lesquelles elle tente de s'affirmer sous couvert de sa pathologie. C'est en tant que patiente, une image d'elle, qu'elle se permet de s'opposer et non en tant que sujet. Le caprice maternel est de mettre son propre savoir au-dessus de son enfant. Et c'est ce même rapport au savoir qui, dans le transfert médical, génère des comportements d'opposition et de rivalité. Les médecins qui désirent faire valoir leur propre savoir sont des mauvais objets, alors que les médecins qui écoutent sa parole (son propre savoir) sont perçus en bons objets. Ce fantasme de bons et mauvais objets maintient la relation transférentielle sur le plan narcissique. Les rires dans le discours se manifestent à des moments spécifiques de son histoire où elle est dans l'incapacité de poser un voile, celui du fantasme, et cela nous l'interprétons comme le signe d'un état de jouissance latent. Sa jouissance est contingente à son état douloureux, mais également quand elle met les médecins en échec.

Ce rapport clivant à l'objet et la fonction pathologique du regard sont également présents chez Amalthée, bien qu'à la différence d'Ophélie dont la mère sait, celle d'Amalthée veut tout savoir. Ce n'est pas le propre savoir maternel qui est en jeu, mais un besoin de surveillance, qui satisfait à son désir de savoir où se trouve sa fille. Ce regard est un trop plein d'attention, qui se pose comme une tragédie pour un sujet qui tente de régler son désir sur celui de sa mère. **Ceci engendre une identification à une mère phallique et à incarner l'enfant parfait.** En effet, Amalthée désire être exemplaire aux yeux de sa mère, dans l'obéissance ou dans la maladie, car elle la perçoit comme idéale. Par ailleurs, ses douleurs dans l'enfance ont permis l'instauration d'un moment affectif avec sa mère, qui peut se comprendre comme un besoin d'attirer son regard peut-être trop préoccupé par les enfants malades de son village. Amalthée se mue ainsi en objet désiré de sa mère. D'être le phallus lui confère une position d'omnipotence. Cela se traduit par un refus inconscient que sa vie ne corresponde pas au fantasme du monde idéal qu'elle s'est construit. Ses difficultés à concilier vie de famille et travail lui apparaissent comme un poids, au regard des autres femmes qu'elle cite en exemple, et qui, selon elle, mèneraient de front une carrière professionnelle et une vie de famille. Ce fantasme alimente un idéal aliénant déjà présent, car elle est dans l'incapacité de repérer, que ce qu'elle perçoit de ces femmes peut être différent de ce qu'elles vivent.

Amalthée n'est pas en mesure de mettre un écart à cette image idéale, d'où le clivage en bon et mauvais objet qui s'opère au sein de l'actuel. Aucune relation n'a d'égal que celle qu'elle entretenait avec sa mère. Même son père est totalement absent de son discours sur son enfance. C'est sa mère qui dirige, contrôle, surveille, dicte les règles, elle a tous les rôles : maternel et paternel. L'absence du père dans le discours et de toute autre personne de sa famille, hormis sa fille, indique une relation duelle, dans la fusion. Il n'y a aucun Tiers.

L'identification idéale repose ainsi sur une image spéculaire, à la fois image de l'autre, omnipotente et omnisciente. Amalthée doit répondre de cet idéal en devenant à son tour un exemple. La relation médicale n'offre pas d'autre possibilité que de s'opérer sur le plan spéculaire, car elle réactualise l'image de soi, pris du sceau du désir de l'Autre. Le regard du médecin réactive ce rapport à l'image narcissique. Que ce soit dans les propos du médecin du travail ou le médecin du Centre de la douleur, l'image exemplaire soulevée, à laquelle Amalthée s'identifie sans difficultés, est une image où rien ne manque. Le rhumatologue, qui lui renvoie une autre image, est perçu en mauvais objet.

Calypso n'est pas à une place d'objet de désir maternel, car elle est mise très tôt à une place de médiateur de la relation conjugale et de rivale de la mère, à laquelle elle est traitée comme un mauvais objet. Ces places sont un repérage symbolique en rapport avec le désir de l'Autre. Sa « différence » l'a exclue, dans l'enfance, des relations sociales, favorisant une « observation différente ». Cet autre plan psychique est celui de l'idéal du moi, situé sur le plan symbolique. Tout ceci aurait permis la construction subjective du côté de la renonciation et de l'abandon de la position de toute-puissance infantile. Son discours appuie une conscientisation des blessures maternelles, qui se réactualisent dans leur lien mère-fille et qui se manifeste dans son rapport au manque. Sa différence n'est pas un manque dans son être, car il ne s'apparente ni à une privation, ni à une frustration. Nous interprétons ce rapport au manque comme une castration.

Sinopé est dans un repli narcissique salutaire depuis que ses douleurs sont devenues chroniques, comme si les douleurs l'extirpaient de ces rôles, de mère, de professionnelle et de femme, difficiles à assumer. Son dévouement aux autres apparaît comme une punition qui répond à une culpabilité infantile d'avoir été préservé des violences paternelles. **Il n'y a pas de désir maternel repérable, non parce qu'il est énigmatique, mais parce que sa mère est dans une lutte pour sa propre survie psychique.** Le désir est rabattu sur le besoin. Sinopé est venu combler ce besoin par son propre corps qu'elle a donné en sacrifice – corps dont elle a été dépossédée par l'inceste fraternel. Sinopé réalise que son fonctionnement, dans l'agir et dans le refus de dire non, a favorisé un comportement algique. Elle dit avoir conscience des intrications psychiques et physique de la douleur, bien qu'elle reste en proie avec les mêmes problématiques. Elle se fait interprète bien que le sens lui échappe. Les contradictions de son discours en témoignent. Sinopé a le désir d'être seule et autonome, de n'avoir besoin de personne pour exister, ce qui est défensif. Elle affirme ne plus se donner comme « avant », marquant une rupture temporelle, alors même qu'elle évoque qu'aider les autres est sa seule manière d'être heureuse et d'exister. Fantasmatiquement, elle projette ses propres attentes d'être sauvée.

b. Sur le plan symbolique : demande inconsciente et montage pulsionnel (\$ ◆D)

Une revendication de réparation prend parfois une place centrale dans le discours de certains patients, comme si elle venait en lieu et place d'un statut identitaire social perdu. Lorsque la douleur prend toute la place, elle empêche l'individu de continuer à vivre comme avant. Il en résulte parfois une perte d'emploi, une crise familiale qui peut s'étendre dans la sphère sociale et amicale. La réparation de leur ancien statut social passerait par un diagnostic médical ou par une reconnaissance de leur handicap. Or, la demande inconsciente n'est pas contingente à la demande consciente. La demande inconsciente contient un au-delà de la demande : la demande d'amour, et en même temps, elle comprend un en-deçà de la demande : le désir inconscient. Selon Lacan (1966), lors de la manifestation de la pulsion, le sujet est coupé de sa demande et par conséquent de son désir. Il est dans le *fading* devant sa demande alors que dans le fantasme, il est dans le *fading* devant l'objet de son désir. C'est-à-dire que, dans les deux cas, il est en coupure, bien que le fantasme lui permette de se soutenir au niveau de son désir évanescent. L'analyse du discours a également consisté en une analyse de la demande consciente, repérable dans l'énoncé, et inconsciente, repérable dans l'énonciation.

Dans son histoire infantile, Lysithéa ne veut pas être une fille illégitime. En ce sens, elle désire, d'une part, rétablir la vérité (réhabiliter son géniteur à la place d'un père), bien qu'elle soit impossible sur le plan du principe de réalité (prescription juridique). Elle n'a pas pu annuler la décision judiciaire de reconnaissance du lien filiatif avec son beau-père et cette demande inconsciente (la réparation impossible) continue de se manifester. Cette réparation que Lysithéa n'obtiendra jamais est du côté de ce réel qui continue de se manifester. **C'est cette reconnaissance qu'elle ne cesse de demander : devenir une fille légitime au regard de sa conception** : devenir la fille de son géniteur. La parole de la mère, qui a renié son père adoptif en tant que père, participe à l'échec de son inscription filiative. Lysithéa est fille illégitime pour ses deux figures paternelles et pour sa figure maternelle, et pose un voile qui lui permet de s'accommoder à cette situation avec un certain détachement. D'autre part, Lysithéa réclame justice pour ce rôle de mère qu'elle a endossé plus jeune. Désormais, elle a besoin de s'occuper des enfants, car c'est comme cela qu'elle s'est construite. Or, un besoin n'est pas un désir. Ce besoin se situe du côté d'une réparation du préjudice qu'elle éprouve à ne pas avoir eu de mère. Dans ce besoin, c'est son enfant intérieur qu'elle tente de réparer. Elle recherche une réparation à une enfance volée.

Face au médecin, Lysithéa est ambivalente. Elle répond à la demande du médecin tout en mettant en échec sa fonction de savoir dans ses demandes d'investigations médicales. Cette quête du savoir fait écho à sa demande inconsciente, en tant que savoir sur son être, sur son identité de fille. La reconnaissance qu'elle recherche porte la marque de sa demande inconsciente. La reconnaissance de cette pathologie auprès d'une certaine autorité légitimerait les souffrances qu'elle endure au quotidien. Elle pourrait lui donner une certaine consistance narcissique. **Sa demande de réparation échoue sur le plan conscient, car sur le plan inconscient la réparation demandée est impossible.** La reconnaissance qu'elle demande consciemment masque une demande de réparation qui s'enracine dans un passé désarrimé de (re)pères symboliques. Elle ne cesse de demander quelque chose qui est impossible à satisfaire. Son insatisfaction préserve ainsi son désir : il ne faudrait pas que les traitements soient efficaces. C'est l'échec qui permet au réel de continuer de se manifester.

La conflictualité chez Ophélie se joue sur la question du savoir qui rappelle le savoir anticipatif et totalitaire de la mère. Elle manifeste un rapport d'opposition à la demande de l'Autre et un positionnement passif face au désir de l'Autre. Face à la figure du médecin se jouent admiration et dédain, entre bon et mauvais objet. Le savoir est l'objet du conflit entre les médecins et Ophélie. Plus, encore, le savoir est l'objet du conflit entre médecins, entre les somaticiens qui expliquent que la cause de la douleur est à chercher dans le psychisme et les psychiatres qui renvoient la cause de la douleur dans le soma. La répétition s'apparente à une mise en scène de l'échec, afin de demeurer dans l'énigme et mettre le savoir du médecin en porte-à-faux. Il ne faudrait pas que les traitements soient efficaces, sinon comment dénoncer l'absence de savoir de l'Autre et comment demeurer une énigme pour l'Autre. Cette position est sous-tendue par un savoir maternel trop envahissant, un excès de présence maternelle. **La jouissance à incarner l'objet qui les met tous en échec, la rend unique, le cas impossible à déchiffrer. Ce qui lui confère un sentiment d'existence, hors de la volonté maternelle, qui ne lui donne pas d'existence propre.** La reconnaissance de son savoir est portée au niveau conscient par la demande de reconnaissance de sa parole, et au niveau inconscient, par la reconnaissance maternelle de son propre savoir, qui est en fait la reconnaissance de son désir.

Calypso est consciente des limites du savoir médical et qu'au-delà de la fonction, ce sont les qualités et compétences subjectives, qui favorisent ou empêchent le médecin de comprendre son patient. Elle est satisfaite de la reconnaissance sociale de travailleur handicapé qu'elle a obtenue, car il fait sens pour elle dans son histoire personnelle. Le statut de handicap lui permet d'accepter cette différence qu'elle ressent depuis son enfance, tant physiquement que psychiquement, entre son obésité et son hypersensibilité. Lorsque la demande n'interroge pas le savoir de l'Autre, c'est que le sujet ne cherche pas à savoir ce qu'il représente pour le désir de l'Autre. Son existence ne passe plus par le regard de l'Autre, duquel il s'est émancipé. La castration à l'objet scopique (introduction au symbolique dans le rapport à l'objet) semble opérante. Calypso n'est dans aucune revendication qui impliquerait l'omniprésence du regard des autres, comme attestant ou répudiant son existence propre.

Chez Amalthée, l'idéal s'enracine sur le modèle de la mère et s'impose à la psyché, par effet d'identification. Le sujet pris dans la relation spéculaire est un sujet du besoin qui est épinglé à la demande. Son parcours médical témoigne d'un désir de demeurer le cas unique, probablement en réponse à l'abandon auquel sa mère et son père ont dû faire face avec leur maladie. Amalthée rejette toute possibilité de soin par les différentes justifications qui prennent place dans son discours, ce qui met la fonction médicale en échec. La formulation de la demande consciente se situe du côté de la reconnaissance de la fibromyalgie, de la prise en considération de l'authenticité de ses douleurs et d'une prise en charge efficace. Inconsciemment, **sa demande recouvre un besoin de réparation pour sa mère décédée et le préjudice qu'elle-même a subi, car en perdant sa mère, elle doit renoncer à une relation fusionnelle qui la comble.** Elle désire non seulement une réparation pour elle-même mais également pour sa mère et son père qui ont tous deux fait l'objet d'une prise en charge jugée exécrationnelle. De plus, elle désire récupérer un corps fonctionnel, afin qu'il puisse lui amener une vie normale, sans questionnements, ni difficultés. Néanmoins, elle n'est pas en mesure d'en payer le prix. Le fait de subir cette maladie qu'elle n'a pas choisie est impossible à symboliser. Elle ne peut pas accepter ce qui se pose comme une fatalité.

En renonçant à son rôle de « sauveur », Sinopé perd la fonction défensive de son image narcissique et se retrouve aux prises avec des problématiques d'angoisses massives. Personne n'a su la secourir lorsqu'elle en avait besoin et **elle paraît toujours en lutte contre une menace d'anéantissement.** C'est comme si elle avait perdu son image narcissique et que dans cette perte, elle avait perdu son identité. Il y a aucune demande, qui s'adresserait à la figure du médecin et à ce savoir médical, interrogeant la fonction même du Supposé Savoir du médecin, et par la même occasion le transfert (sa nature, son absence).

3.2. Structure consciente (l'énoncé) : deux issues pour le sujet [$\$ \rightarrow i(a) \rightarrow m \rightarrow I(A)$]
ou [$S \rightarrow i(a) \rightarrow A \rightarrow s(A) \rightarrow m \rightarrow I(A)$]

L'énoncé est ancré dans la dimension imaginaire. Il est porté par le discours conscient, bien que sa prise dans les signifiants et le désir, soit totalement inconscient. La boucle discursive de l'énoncé est représentée par l'axe imaginaire $[(m) \rightarrow i(a)]$, celle qui fait parler l'image de soi au niveau conscient. Et, le discours intentionnel transite par les 4 points de capitons suivants : $[s(A)] - [A]$ et $[S(A)] - [\$ \leftrightarrow D]$, soit S1 et S2, épinglé au niveau imaginaire et inconscient par (d) et $(\$ \leftrightarrow a)$. Cela signifie que la façon dont le sujet entre et réagit au discours de l'Autre est prédéterminé par la position subjective devant le désir de l'Autre. Lacan suppose que dans les phénomènes psychosomatiques, le S1 et le S2 sont gelés, qu'il n'y a pas de décollement entre les deux, ce qu'il nomme l'holophrase. Le bouclage de l'énoncé du discours sur lui-même, exclu les points de capitons, comme possibilité de décoller le S1 et le S2.

En ce sens, si le sujet est aux prises avec une image idéale de soi, le circuit de l'énoncé paraît se boucler sur lui-même : $[\$ - i(a) - m - I(A)]$. C'est ce circuit fermé qui est le siège de la résistance (Lacan, 1960a).

Cette lecture du discours nous permet de repérer que le transfert dans le colloque médical se joue sur le plan imaginaire pour Lysithéa, Ophélie et Amalthée, qui parlent à partir d'une image idéale de soi. Celle-ci est caractérisée, pour chacune, par des rôles à tenir, sans possibilités de s'en défaire. Cette rigidité de la personnalité est en lien avec une forclusion de la castration (Lacan, 1958).

Lysithéa se perçoit comme une femme gentille et altruiste. Cette image spéculaire est le reflet de ce qu'elle décrit comme étant l'instinct, qui dépeint bien ce sentiment de besoin. Elle entend son sacrifice, comme faisant partie de son identité. De plus, le discours de Lysithéa montre une absence de prise en compte de ses propres limites corporelles. Elle demeure dans l'excès et la démesure, en rapport aux fonctionnalités de son corps. Il n'y a aucune élaboration symbolique qui donnerait du sens à ce qu'elle traverse. Dans la consultation médicale, elle se montre une bonne patiente, mais inconsciemment elle n'adhère pas à son traitement. Cette image narcissique est l'indice d'un moi idéal omnipotent. Elle est prise dans cette capture imaginaire réduite à ce rôle, car il l'inscrit dans une dimension sacrificielle, qui lui donne une consistance narcissique et identitaire.

Ce bouclage imaginaire nous le retrouvons également chez Ophélie. Elle se perçoit comme une femme forte, capable d'endurer beaucoup de douleur, elle n'est ni douillette encore moins plaintive. Lorsqu'elle se justifie des pleurs qui ont émergé à la fin de l'entretien, elle les associe à ce qui se déroule durant les séances chez son psychiatre, où elle est suffisamment forte pour se retenir de pleurer. Ceci questionne l'image spéculaire, soumise à notre propre regard. La posture rigide et la monotonie prosodique vont dans le même sens de cette image d'une femme indifférente et positionnée. L'énoncé de son discours montre de l'opposition, de l'affirmation de soi, bien que l'énonciation révèle une attitude de soumission. Ophélie est dans la résistance à se montrer vulnérable, révélant la lutte contre un discours Autre, celui qui sait à sa place.

Amalthée est également aux prises avec une image narcissique aliénante. Au regard de certains médecins, Amalthée est un exemple, elle est persévérante et ne se plaint pas. De ces propos elle ressent de la fierté. Le discours médical donne encore plus de consistance à l'image narcissique et cet aveuglement que produit une image de soi grandiose ne lui permet pas de se sortir de cette capture imaginaire. Comme le soulève Lacan (1958), lorsque l'identification opère avec l'Autre primordial non barré, donc une mère phallique, le sujet refuse la castration de l'Autre aussi bien que la sienne, à laquelle il n'a pas accès. L'idéalisation maintient Amalthée dans ce registre imaginaire.

Chez Calypso, le circuit [$\$ - i(a) - m - I(A)$] ne se referme pas sur lui-même. Elle entre dans le discours intentionnel par $\$$ transite par l'image $i(a)$, mais il est capitonné au niveau symbolique par $s(A)$. C'est-à-dire qu'il s'est opéré le décollement entre le moi idéal et l'idéal du moi. Nous pouvons interpréter cela à partir de l'analyse que nous avons faite de son image spéculaire et son discours conscient. En effet, cette image idéale de femme forte est ce contre quoi Calypso se bat au quotidien, car elle a généré des conduites néfastes, selon sa propre analyse. Elle est dans une forme d'acceptation qui l'a aidé à renoncer aux attentes qu'elle a pu avoir vis-à-vis des médecins, dont elle repère l'impuissance, comme vis-à-vis de la mère de l'enfance chez qui elle a également repérées les blessures. Le capitonnage symbolique permet l'articulation et la mise en sens de son histoire. Elle comprend que la douleur ne se loge pas que dans le corps, mais qu'elle est en lien avec son vécu personnel. Le passé qu'elle emploie dans la syntaxe de son discours appuie d'autant plus le décollement du moi idéal, dans cette position de toute-puissance qu'elle pouvait endosser, et le dépassement de ses attentes imaginaires, fruits des blessures narcissiques.

Chez Sinopé, l'ambivalence de l'énoncé de son discours intentionnel laisse apparaître l'image d'un être secourable, issue de ce moment primordial où elle a tenté de repérer du désir maternel. Sa mère ayant eu besoin d'être secourue dans le réel, le désir paraît avoir été rabattue sur le besoin maternel d'être protégée des violences. Sinopé s'est faite corps de la mère. L'image narcissique est si ténue qu'elle ne remplit pas sa fonction défensive. C'est comme si elle ne savait pas qui elle était en dehors de l'image d'un être secourable, laissant apparaître des moments d'angoisses intenses. Le circuit n'est donc pas fermé sur lui-même. Il n'est pas pour autant capitonné au niveau symbolique par $s(A)$, comme chez Calypso. En effet, elle comprend que son histoire a des effets sur son fonctionnement, mais ne conscientise pas de quelle manière cela se joue. Au-delà de l'image, des problématiques bien plus archaïques ressortent de notre analyse de sorte que le circuit imaginaire paraît s'ouvrir (tentative de mise en sens), puis se fermer (lutte contre les angoisses massives).

D'après l'ensemble de ces éléments, confrontés à l'approche lacanienne des phénomènes psychosomatiques, nous constatons que ce n'est pas la fibromyalgie en tant que telle qui relève des phénomènes psychosomatiques. Ce sont plutôt les images idéales, dans lesquelles ces femmes sont prises, que nous questionnons, car elles favorisent non seulement des comportements algiques, mais provoquent également des attitudes de résistances dans la relation médecin-patient. De plus, nous pouvons en conclure qu'en nous référant aux mathèmes du Graphe du désir, nous facilitons la compréhension du discours, entremêlé avec les dimensions imaginaires et symboliques. Ce qui favorise également l'analyse et l'articulation des différents plans psychiques (conscient/inconscient et imaginaire/symbolique).

II. RESISTANCE INCONSCIENTE : DE L'IMAGE DE SOI MORTIFERE A LA CASTRATION SCOPIQUE

Nous constatons que le transfert « imaginaire », selon la définition lacanienne, qui se déploie dans le colloque médical favorise la réactivation de la conflictualité qui se joue au moment des identifications, à la sortie du Stade du miroir, car le dispositif médical implique la mise en jeu du regard, du savoir, de la demande et des positions subjectives (activité/passivité).

Nous partons du présupposé que le transfert est imaginaire, car, comme nous l'avons théoriquement démontré, le transfert médical, comme tous les autres lieux transférentiels, en dehors du cabinet du psychanalyste, ne peut que se cristalliser que sur le plan narcissique. Plus précisément, si les conflits s'ancrent sur ce plan imaginaire, le plan symbolique est présent par la demande de savoir du sujet envers la figure médicale, sur sa douleur. C'est d'ailleurs ce que nos résultats indiquent.

Ce sont les principaux déterminants du transfert qui permettent de comprendre les enjeux identificatoires constitutifs du sujet, en tant que l'identification est imaginaire (ce qui se produit au Stade du miroir) et également symbolique. Ce sont ces déterminants du transfert, dont nous nous sommes servis, pour l'analyse et l'interprétation de nos résultats de recherche et qui sont : le regard, le savoir et la demande.

Le regard surmoïque (Idéal du moi) agit sur les plans, symbolique et imaginaire, car il donne la position du sujet devant le miroir et s'articule à l'image spéculaire. Cette configuration du regard est à l'origine de la profonde aliénation à l'Autre, comme instance de reconnaissance du sujet (Lacan, 1973). Ainsi, le regard remplit ou non sa fonction symbolique de reconnaissance.

Le savoir agit également sur le plan imaginaire et symbolique. Il s'origine dans le savoir maternel, qui est un savoir anticipatif sur les besoins de son enfant. Le savoir permet au transfert de se mettre en place, car c'est parce que le sujet suppose un savoir à l'Autre que le phénomène transférentiel se déploie. Sur le plan symbolique, il convoque l'Autre en tant qu'il aurait un savoir sur son désir et ce qui le constitue en tant que sujet.

Dans le transfert, c'est la répétition de la demande qui se joue sur le plan conscient et inconscient. Cela veut dire que la demande qui est consciemment verbalisée contient une dimension au-delà et en-deçà de la demande. Ainsi la demande prise dans la répétition du désir inconscient peut donner une allure figée au discours.

Nous repérons que la qualité de la constitution de l'image spéculaire et la castration à l'objet scopique jouent alors un rôle dans la réception du discours et des informations médicales. C'est ce que tendent à montrer nos résultats. En effet, le transfert imaginaire au médecin favorise la réactualisation des enjeux précœdipiens du Stade du miroir. Le transfert imaginaire est en quelque sorte la réplique du Stade du miroir dans l'enfance. En ce sens, une résistance inconsciente est mobilisée par la réactivation, au sein de la relation thérapeutique, d'une image idéale de soi, portée par la figure du moi idéal.

Les données de notre recherche corroborent donc la démonstration théorique de l'hypothèse.

Les entretiens et le Rorschach mettent en évidence plusieurs issues possibles pour le sujet, avec pour chacune des femmes, une trajectoire différente, néanmoins empreinte de processus similaires. Nous repérons une « forclusion partielle » (Lacan) de la castration à l'objet scopique, celle exigée lors de la traversée du Stade du miroir, pour Lysithéa, Ophélie, Amalthée et Sinopé. Nous constatons une carence dans l'édification d'une image de soi structurante, c'est-à-dire qui supposerait une souplesse dans sa mobilisation. Ceci renvoie à un ratage du Stade du miroir et engendre une aliénation à une image idéale de soi, pour trois d'entre elles. Lysithéa, Ophélie et Amalthée illustrent la réussite de la fonction défensive de l'image idéale au prix d'une méconnaissance de soi, alors que Sinopé montre que l'échec de la fonction défensive de l'image narcissique est une néantisation identitaire, se retrouvant comme engloutie par des angoisses massives.

Lysithéa s'est réglé imaginairement à un désir énigmatique. Au lieu d'incarner le phallus maternel, elle s'est imaginée devoir remplacer sa mère en devenant cette mère phallique pour ses frères et sœurs. Ophélie et Amalthée se sont identifiées au désir maternel, incarnant le phallus pour leur mère. Cette absence de castration à l'objet scopique s'explique dans leurs relations par une adaptation au discours de l'Autre, auquel elles répondent par une attitude de soumission ou de passivité, voire d'opposition, mais toujours ancrée dans la dimension imaginaire.

Ces trois femmes n'ont pas pu s'émanciper du regard de l'Autre ce qui a engendré une cristallisation sur une image idéale de soi et un fonctionnement rigide.

Ce sont elles, qui ont beaucoup de difficultés à reconsidérer leurs attentes et leurs demandes envers la figure du médecin, ce que nous pouvons confronter à l'attitude de Calypso, qui fait face au manque.

Le médecin occupe une place asymétrique dans la consultation médicale. Sa fonction est de soigner mais également d'établir un diagnostic, soit un savoir sur la maladie. Lorsque les médecins échouent à trouver une solution, un remède adapté, les résultats indiquent qu'elles peuvent vivre la situation comme un rejet, un manque de considération ou d'écoute, comme pour Lysithéa, Ophélie et Amalthée. Elles ne perçoivent pas qu'elles ont en face d'elle un sujet en proie avec ses propres limites et ses défenses pour se protéger. Le transfert n'opère que sur le plan imaginaire. Elles ne perçoivent pas l'impuissance médicale, comme une limite, contrairement à Calypso, qui en parle comme une normalité inhérente à n'importe quel être humain. Elle perçoit la figure du médecin comme un autre en proie à ses doutes et ses limites. Elle n'élève pas la médecine à un rang de toute-puissance du savoir.

La perception de l'impuissance médicale et la reconnaissance de la limite du savoir médical paraissent dissoudre le lien transférentiel, dans un versant structurant. Alors que la déception, intriquée à une croyance absolue en la médecine, mue le transfert sur son versant « négatif », c'est-à-dire celui qui fait émerger les résistances inconscientes. C'est ce que Tannier (2022) soulève à propos de la confiance accordée au médecin. Dans sa distinction, il repère que la confiance n'est possible qu'à demeurer dans une certaine incertitude, c'est-à-dire dans une confiance relative et non dans une confiance aveugle. Or, le discours de ces trois femmes dévoile cette confiance aveugle au médecin, d'autant plus déçue qu'elles ravivent une demande inconsciente de réparation de leurs blessures narcissiques. Le discours montre cette profonde méconnaissance produite par l'identification imaginaire et c'est cette image de soi que ces femmes présentent au médecin. Leur attitude dans le colloque médical s'ancre dans ce mode de relation imaginaire. Leur image les définit dans leur identité, mais elle est réductrice et mortifère.

Dans l'insatisfaction de la réponse qui leur est donnée, Lysithéa, Ophélie et Amalthée se réfugient dans l'*aphanisis*, laissant apparaître la jouissance qui prend place dans leur corps. Il n'y a rien à chercher du côté de leur histoire personnelle d'où le discours de Lysithéa, Ophélie, Amalthée, centré sur leur corps. En prenant place dans le corps de jouissance, le savoir devient l'objet du conflit qui se joue sur la scène médicale, au lieu de s'interroger sur la scène inconsciente. Chez Sinopé, la mise en sens du vécu est inaccessible, car le réel continue de faire violence. Se faire corps de la mère pour la protéger a engendré un corps combiné, c'est pourquoi Sinopé ne peut pas ressentir une unicité dans son corps (angoisse de morcellement ou d'anéantissement).

L'imagerie, bien qu'elle soit une avancée scientifique majeure, est également problématique en soi. Elle prend une place centrale dans la consultation médicale. Chacune de ces femmes a réalisé des IRMs qui n'ont pas été concluantes, dans le sens où elles n'ont pas permis de comprendre l'étiologie de leurs douleurs. Cela cristallise la relation thérapeutique, puisque les médecins, satisfaits d'avoir écarté les possibilités d'une pathologie grave ou dégénérante, arrêtent les investigations, alors que ces femmes sont en demande d'autres examens, car elles continuent d'avoir mal. Cela témoigne de l'incompréhension mutuelle ; d'un dialogue qui prend place sur des modalités de communication différentes. En arrêtant les investigations, la fonction du regard échoue car l'œil du médecin est accaparé par l'image qui ne dévoile rien. Potier (2007) et Barrier (2010) soulèvent cette problématique de l'image qui est une preuve pour le médecin mais qui est illisible pour le patient. Cette opacité de l'image ne fait pas sens pour ces femmes, car elles ressentent leurs douleurs dans leurs corps et non à travers leur image, qui est, quant à elle, cristallisée sur un idéal imaginaire. Ce cliché qui répudie la douleur ou du moins sa gravité empêche le médecin de s'y intéresser davantage.

C'est dans la relation duelle que l'on peut approcher la résistance :

« Pour savoir ce qu'est la résistance, il faut savoir ce qui fait écran à l'avènement de la parole : et ce n'est pas telle disposition individuelle, mais une interposition imaginaire qui dépasse l'individualité du sujet, en ce qu'elle structure son individualisation spécifiée dans la relation duelle » (Lacan, 1966a, p.12).

Ce qui fait écran à la parole a attiré avec la dimension narcissique. C'est l'image qui fait écran dans le transfert au médecin, dans le sens où elle s'interpose dans la relation entre le médecin et le patient. La lecture du transfert et ce qu'il réactualise du Stade du miroir, nous permet de comprendre que le niveau de structuration du désir est ce qui provoque la résistance. Ce réglage au discours de l'Autre empêche le sujet de se positionner autrement dans la relation que comme un sujet en revendication. Lacan (1960a,b) montre que le transfert est tout à la fois imaginaire et symbolique. L'axe imaginaire convoque $i(a)$ en tant qu'illusion d'être complet et l'axe symbolique traverse le champ de l'Autre pour y voir son manque (-Phi). La tentative de maintenir une complétude imaginaire est repérée chez toutes les femmes de notre recherche, que ce soit un comportement passé (Calypso) ou un rôle actuel nécessaire à tenir (Lysithéa, Ophélie, Amalthée).

Concernant Sinopé, une lutte pour faire chuter une image aliénante (imaginaire) et négocier une autre place (symbolique) est à l'œuvre, montrant que la violence du réel opère à la manière d'une chappe de plomb. Son image narcissique à elle lui échappe, générant des angoisses massives. D'ailleurs, aucun déterminant du transfert, tels que nous les avons exposés, ne semblent opérants chez Sinopé. Elle n'est pas dans des revendications imaginaires et narcissiques face à la figure médicale. Elle n'est pas enfermée dans une image idéale d'elle-même et le sacrifice qui se joue pour elle, est celle de sa place en tant qu'enfant, en tant que sujet, qui s'est littéralement collé au corps de la mère pour la sauver des violences paternelles. Même la « demande » de l'objet (a) est opaque. Y-a-t-il seulement du transfert ?

Conclusion

« On remarque des médecins en difficultés face aux patients fibromyalgiques ainsi qu'un manque de compréhension entre les deux parties. Afin de mieux comprendre les enjeux de cette relation médecin-patient il pourrait être intéressant de mener des entretiens auprès des patients fibromyalgiques. Cela aborderait une autre vision et pourrait apporter une aide aux généralistes afin de mieux comprendre les attentes de ces patients » (Cornette, 2018, p.60).

*L*e médecin a une fonction de remède (Balint, 1972) qui peut être compromise par le rôle que le patient joue et fait jouer à son médecin. Ceci s'explique par le transfert qui émerge dans la relation médecin-patient. Le transfert est un « jeu des satisfactions imaginaires et régressives » (Israël, 1968, p.218), que le médecin ne soupçonne pas, et qui infléchit la relation sur des modalités narcissiques et imaginaires.

L'objectif de notre thèse est d'approcher les éléments inconscients qui participent à la résistance thérapeutique dans la douleur chronique nociplastique, et plus particulièrement dans la fibromyalgie. Nos résultats montrent que, dans la fibromyalgie, les grandes difficultés à trouver un traitement adapté implique de s'interroger sur ce qui se passe au-delà de la scène médicale. Suite à l'analyse des indicateurs de la dimension narcissique du transfert, nous constatons des modalités de résistance dans le discours de trois femmes sur les cinq analysés. Cela signifierait que dès que le sujet est dans une configuration propice à faire émerger ce discours, qu'il soit manifeste (dans la consultation médicale) ou remémoratif (comme l'entretien de recherche), la résistance émergerait.

Ces femmes ont un rapport spécifique à l'objet pulsionnel : l'objet de la pulsion orale est insatisfaisant (traitements médicamenteux) et l'objet de la pulsion scopique est inexistant (le rien de sa pathologie à travers les radiologies, l'absence de reconnaissance). De plus, leur impossibilité à concevoir les limites de la médecine traditionnelle empêche une mise en sens de leur vécu douloureux. Il répète ainsi une demande de réparation de ce droit bafoué par la maladie, qui s'enracine et recouvre des demandes inconscientes singulières, plus ou moins ancrées dans les blessures narcissiques de l'enfance. Ceci montre que leurs demandes dépassent largement les attentes envers la fonction médicale, puisqu'elle concerne des demandes inscrites au champ de l'Autre. La réponse à l'adresse de leur plainte est alors déterminante de la manière dont elles vont entrer dans le processus thérapeutique.

C'est à travers l'analyse de l'image de soi que nous pouvons en dire quelque chose et nos résultats indiquent qu'une image idéale de soi empêche le sujet d'accéder à sa détermination inconsciente et favorise un comportement dans la démesure que certains auteurs qualifient d'*activisme*. Lors de la consultation médicale, par le transfert imaginaire qu'il suscite, les femmes rejouent sur la scène médicale, ce qui provient de la période précœdipienne, car les enjeux narcissiques sont portés par l'image de soi. C'est, en effet, ce que nous repérons chez toutes les femmes de notre échantillon, avec toutefois des nuances quant à la manière dont cela prend place.

Nos résultats de recherche ont permis de mettre en évidence des processus spécifiques, chez les sujets atteints de fibromyalgie. Par contre, la singularité du sujet se manifeste dans la manière dont il négocie psychiquement ses expériences. Si Lysithéa, Ophélie et Amalthée demeurent aux prises avec leurs revendications, Calypso apparaît plus résiliente et Sinopé en lutte contre des angoisses d'anéantissement. C'est alors que la prise en compte de l'ensemble du fonctionnement et des ressources personnelles est de mise pour proposer la meilleure prise en charge possible.

Nous pouvons ainsi dire que l'absence de reconnaissance compromet la qualité de la relation médecin-patient, indispensable à l'efficacité thérapeutique. Le besoin de reconnaissance est articulé au complexe de castration qui se déroule à la sortie du Stade du miroir. Ces femmes sont toutes plus ou moins prises dans un certain conflit par rapport à la position subjective qui intéresse notre recherche : être ou non l'objet désiré pour la mère. Seule Calypso fait figure d'exception. Son discours dévoile une résolution de la question œdipienne. Cette « traversée » est repérée par la place du Tiers dans le discours maternel mais également par sa propre place d'observatrice, donc une place de Tiers par rapport à elle-même. Cette place Autre favoriserait l'auto-observation dont elle fait preuve et qui joue un rôle important dans sa relation au corps médical. Ce fonctionnement est en lien avec une souplesse des investissements libidinaux.

Une résistance inconsciente du sujet semble agir de façon constante et conjointe à la résistance physiologique, lorsque le sujet est aux prises avec une certaine image idéale de soi, spécifiquement celle du sacrifice et du dévouement aux autres. Par conséquent, la résistance thérapeutique est complexe. Les difficultés dans la prise en charge des douleurs chroniques montrent les effets d'une résistance inconsciente du sujet, et pas uniquement l'effet d'une résistance de la douleur au traitement (biomédical) ou d'une conduite inadaptée (comportementale). Elle ne peut pas être réduite à une résistance physiologique sous prétexte de passer à côté de beaucoup d'éléments subjectifs qui peuvent entraver l'alliance thérapeutique. Les résistances sont des forces avec lesquelles il est nécessaire de travailler pendant une analyse, afin de permettre des gains psychiques, des effets thérapeutiques. Il paraît également fondamental de se préoccuper de ces résistances inconscientes dans n'importe quel cadre qui favorise un transfert. S'il est possible de venir à bout des résistances, l'absence de transfert ou son atypisme est plus problématique, car cela questionne l'alliance thérapeutique et la confiance accordée au médecin.

De façon plus large, nous nous interrogeons sur le devenir des sujets en résistance thérapeutique.

Nous nous sommes demandée si en dehors de la consultation médicale, le sujet était toujours en résistance, puisque, selon Lacan (1966), la résistance ne se manifeste qu'en opposition à un certain discours. Ce n'est pas tant la dissolution, le problème qui intéresse la résistance, puisque sans transfert il ne peut pas y avoir de résistance, qui est résistance contre un discours Autre. Le problème est que la dissolution du transfert peut mener à l'isolement ou à s'identifier à un autre discours potentiellement néfaste, pouvant faire réémerger des résistances dans cet autre lieu, comme nous le supposons. En même temps, un transfert imaginaire cristallise la prise en charge autour des mêmes enjeux qui se répètent.

La remise en cause des douleurs dans la fibromyalgie est une expérience partagée par ces femmes. Cette situation les a conduites à se tourner vers des groupes sociaux dédiés à la fibromyalgie, par un processus d'identification. Ceci témoigne que la dissolution du transfert empêche l'instauration d'un lien thérapeutique. Néanmoins, ce n'est pas nécessairement négatif. L'émancipation de Calypso est suivie d'autres aménagements, lui permettant d'être plutôt résiliente. C'est ce qui fait défaut aux autres femmes. La forclusion de la castration empêche de percevoir les limites du médecin, épinglé, en partie, à la fonction symbolique de l'Autre primordial.

C'est donc au sein même de la consultation médicale, que le savoir patient mérite d'être pris en considération. Si le médecin ne questionne pas son patient, il est renvoyé à la même place de savoir que celle de l'instance parentale dans l'enfance. Etant donné que dans cette configuration, le savoir est univoque et divinatoire, comme Bergès (2016) l'expose, il favorise le transfert archaïque à la mère, dans la relation duelle, comme le montrent nos résultats de recherche.

Par rapport à ce constat, ce qui nous questionne alors est l'approche que la psychanalyse a de la douleur. Nous avons compris que la douleur est par essence en lien avec un dysfonctionnement libidinal. De mauvaises assises narcissiques empêchent la fluidité des investissements, favorisent la cristallisation de la libido sur l'endroit lésé et contribuent à la chronicisation de la douleur. Nous pouvons repérer que ces femmes sont en proie à un désir insondable que la douleur « résout ». Celle-ci ne représente pas tant l'effondrement moïque que son ciment. Sa fonction est de se substituer à la castration. Paradoxe de la douleur, elle est un gage identitaire autant qu'elle est source de maux. Calypso ne présente pas les mêmes difficultés liées au narcissisme primaire que les autres femmes, car son rapport à l'Autre est marqué par la castration. Outre le fait de mieux gérer sa relation à l'autre, ceci présagerait aussi de la capacité à supporter la douleur.

Cette recherche vise à éclairer comment la psychanalyse dans un parcours thérapeutique médical est un Tiers dans un discours, permettant d'introduire à la dimension subjective et favorisant la prise en compte la mythologie personnelle de la douleur. L'enjeu de cette thèse est donc double.

Les **perspectives pratiques** reposent, selon nous, sur un travail autour des différentes représentations qui mettent en difficulté la rencontre avec le médecin ou la prise en charge. Favoriser l'alliance thérapeutique reste l'enjeu majeur sur lequel il semble important de travailler. La mise en évidence des enjeux transférentiels et de la position subjective du patient dans le colloque médical peuvent permettre de dégonfler les représentations du « mauvais » patient comme du « mauvais » médecin, car chaque sujet est pris dans la relation d'une façon singulière et spécifique, et mis à mal à l'endroit de la place qu'il incarne. D'un côté, un médecin à qui le patient suppose le savoir et de l'autre côté un patient qui est attendu au lieu d'une coopération et d'un engagement dans sa prise en charge. Comme le montre notre travail de thèse, ces aspects transférentiels mériteraient d'être repérés et mieux considérés pour ne pas infléchir la relation thérapeutique sur des modalités narcissiques, entravant la prise en charge du patient. Mais pour cela, il nous paraît nécessaire d'inclure le psychologue dans la boucle thérapeutique dès le début de la prise en charge et non pas comme un « artifice », dont peut se servir le médecin, lorsqu'il est à court de solutions ou uniquement lorsqu'il repère une « dépression » ou un besoin pédagogique de gestion de la douleur.

En ce sens, une approche psychanalytique du sujet douloureux chronique permettrait d'amorcer un travail sur deux plans : celui du principe de réalité et sur un plan plus symbolique.

D'une part, il paraît nécessaire d'informer le patient sur les enjeux de sa prise en charge. Le travail autour des représentations que les patients ont du médecin, comme figure de toute-puissance et d'omniscience permettrait une prise de responsabilité personnelle face aux enjeux de la prise en charge et de leur corps dans la maladie. La fibromyalgie fait figure d'énigme au savoir médical et met en difficulté médecin et patients dans leur colloque singulier. Le fantasme infantile de la figure médicale omnipotente participe aux attentes massives du sujet envers le médecin. L'émancipation à l'hégémonie du savoir médical est un axe de travail pertinent avec le patient, car il permettrait l'instauration d'un écart entre le savoir médical, le sujet soignant, le sujet du soin (Reznick, 2009) et le sujet du désir. Il s'agit d'offrir au patient la possibilité de repérer que le médecin peut également souffrir de la place à laquelle il est attendu en tant que figure de ce savoir, spécifiquement lorsque le savoir qui lui est demandé lui échappe.

D'autre part, dans la douleur chronique, la narration du patient permet la conscientisation et la contextualisation de la douleur. Mais cela ne suffit pas. L'enjeu majeur est d'amener le sujet, en respectant sa temporalité, à conscientiser les images de lui-même dans lesquelles il est pris et desquelles il doit se déprendre. Cette prise de conscience ne peut se produire que dans une alliance thérapeutique permise par le transfert, mais peut être également empêchée par le transfert lorsqu'il se joue uniquement dans sa dimension imaginaire, soit lorsqu'il ne fait parler que l'image de soi. Nous voyons-là que c'est tout un art que d'utiliser le transfert pour amener le sujet à avoir confiance en son thérapeute, pour se laisser, d'une part, immerger par son histoire, et, d'autre part, réécrire son histoire. Ceci n'est évidemment pas la fonction du médecin, mais montre que la médecine seule ne peut pas être l'unique réponse à sa prise en charge.

La psychanalyse s'inscrit sur cette autre scène qui permet d'ouvrir un espace psychique jusque-là cloisonné par le discours médical. Elle vient bousculer les représentations de la douleur en psychologie, qui restent trop souvent arrimées à la gestion de la douleur, cette dernière privilégiant le savoir-faire au savoir-être. De la psychologie de la santé aux techniques issues des TCC, la mise en sens de la douleur est éludée au profit d'une gestion *hic et nunc* de la douleur.

Dans l'idéal, il serait même pertinent de pouvoir proposer la mise en place de groupes de travail, formés de médecins, de patients fibromyalgiques, et d'un psychologue, référencé à la psychanalyse, car, pour être efficace, un travail groupal doit être médié par un professionnel pouvant repérer les enjeux transférentiels dans lesquels les médecins et les patients sont pris. L'objectif serait de développer les compétences d'écoute et d'empathie. Il s'agirait alors de proposer un temps de parole et d'écoute, mutuelles, pour que chacun puisse raconter son expérience propre dans le colloque médecin-patient. Puis, proposer un temps pour développer l'empathie, en demandant par exemple aux personnes du groupe d'inverser leur rôle respectif. Se mettre à la place de l'autre favorise l'augmentation de l'empathie. Dans ces groupes, le médecin serait sensibilisé à l'expérience subjective du patient et le patient à l'expérience subjective du médecin. De plus, la présence du psychologue déplacerait les enjeux transférentiels sur sa propre personne, en tant qu'il incarnerait cette place surmoïque dans le groupe. A la différence des groupes Balint, déjà très répandus, l'objectif n'est pas l'apprentissage par l'expérience individuelle partagée entre médecins, mais par l'expérience duelle, entre médecins et patients, médiatisée par un Tiers incarné par le psychologue.

Néanmoins, cette entreprise peut être difficile à déployer, car elle est liée aux controverses dont la psychanalyse fait l'objet. Elle est la cible de certains discours, qui sont orientés par une idéologie scientiste et œuvrant dans la même direction, celle d'une naturalisation de l'esprit humain et d'une médicalisation de l'existence. Ces discours remettent en cause la place de la psychanalyse dans notre paysage, non seulement thérapeutique, mais également intellectuel, épistémique et éthique. Ceci est repéré comme un frein sur lequel il s'agit également de travailler, en menant des recherches, s'appuyant sur une épistémologie psychanalytique, et en communiquant sur leur pertinence actuelle, au travers de la diffusion scientifique notamment (articles et colloques).

Nous entrevoyons également des **perspectives de recherche** intéressantes, afin de poursuivre la recherche qualitative, dans le domaine de la santé.

L'article de Kohn et Christiaens (2014) expose les méthodes de recherches qualitatives afin de montrer leur pertinence dans le domaine de la santé. Les auteurs expliquent que de manière générale les politiques de santé publique s'appuient sur les meilleures données à leur disposition, bien qu'il n'y ait pas toujours de preuves probantes à transmettre. Et que, dans ces cas-là, les données qualitatives ne sont pas considérées, compte tenu du privilège accordé à l'*Evidence Based Medecine*. Il est, selon nous, capital de porter un discours autre que le discours dominant, relayé par les résultats des recherches qualitatives, car « les avantages d'une collecte de données qualitatives bien menée résident précisément dans la richesse des données collectées et la compréhension plus en profondeur du problème étudié » (Hohn & Christians, p.69). Les trois principales méthodes de recherches sont les entretiens individuels, les focus groups et l'observation.

Le *Focus Group* serait un autre outil de collecte de données particulièrement intéressant, pour recueillir des données complémentaires à nos résultats de recherche, spécifiquement à propos des associations de patients. Selon Dourlens & Régnier Denois (2015), ces associations sont un lieu de développement du *savoir patient* (Charoud, 2017). Néanmoins, nous émettons des réserves, car, comme nous l'avons repéré, les groupes qui se forment sur les réseaux sociaux participeraient davantage à l'entre soi. Ce genre de rassemblements encouragerait une parole « contre », comme nous l'avons constaté. Il pourrait alors favoriser l'émergence de résistances inconscientes, pour des personnalités dont les modalités défensives sont rigides et dont les ancrages spéculaires sont proéminents.

Peut-être s'agirait-il alors de profiter de ces lieux, comme les *fibrocafés*, que ces femmes organisent, ou les groupes sur les réseaux sociaux de fibromyalgie, pour proposer de déployer une recherche, axée sur la fonction du groupe. Le *Focus Group* serait ainsi parfaitement adapté, car « il consiste en une série de discussions au sein de différents groupes de participants » (Kohn & Christiaens, 2014, p.71), menées à l'aide d'entretiens semi-structurés de recherche. La pertinence du *Focus Group* repose sur l'homogénéité du groupe et permet de « fournir des données (via l'interaction intragroupe) relatives aux croyances et aux normes du groupe à l'égard d'un sujet particulier ou d'un ensemble de questions » (Kohn & Christiaens, p.71).

Pour conclure ce travail de thèse, nous souhaitons partager avec vous ce passage écrit par Alphonse Daudet, atteint d'une forme particulièrement douloureuse de syphilis dans les dernières années de sa vie. Prodigieux moment de clairvoyance, témoignant que la douleur ne peut être transmise que par les mots.

« Dans ma pauvre carcasse creusée, vidée par l'anémie,
la douleur retentit comme la voix dans un logis sans meubles ni tentures.
Des jours, de longs jours où il n'y a plus rien de vivant en moi que le souffrir »
(Daudet, 1929)

Bibliographie

A) OUVRAGES

- Anonyme. (1893). *La Sainte Bible*.
- Assoun, P.L. (1995). *Leçons psychanalytiques sur le Regard et la Voix. Tome 1 Fondements*. Paris : Economica.
- Aulagnier, P. (1975). *La violence de l'interprétation*. PUF. 2003.
- Barrier, P. (2010). *La blessure et la force: La maladie et la relation de soin à l'épreuve de l'auto-normativité*. PUF.
- Baszanger, I. (1995). *Douleur et médecine. La fin d'un oubli*. Seuil.
- Bergès, J. (2005). *Le corps dans la neurologie et la psychanalyse. Leçons cliniques d'un psychanalyste d'enfants*. Erès. 2016.
- Berquin, A, Grisat, J. (2016). *Les défis de la douleur chronique*. Mardage.
- Besson, J.M. (1992). *La douleur*. Odile Jacob.
- Bion, W.R. (1962). *Aux sources de l'expérience*. PUF. 1979.
- Bonnet, G. (2010). *Les idéaux fondamentaux*. PUF.
- Boukerche-Delmotte, N. (2019). *Clinique et politique de la douleur*. L'Harmattan.
- Boureau, F. (1988). *Pratique du traitement de la douleur*. Doin.
- Boutin, G. (2018). *L'entretien de recherche qualitatif. Théorie et pratique*. PUQ. 2019.
- Braunstein, N. (2016). *Traduire la psychanalyse: Interprétation, sens et transfert*. Érès.
- Chabrol, H., Callahan, S. (2013). *Mécanismes de défense et coping*. Dunod. 2018.
- Ciccone, A. (1999). *La transmission psychique inconsciente*. Dunod. 2012.
- Croix, L. (2002). *La douleur en soi. De l'organique à l'inconscient*. Erès.
- Debray, R. (1998). *Pierre Marty*. PUF.
- Dejours, C. (1989). *Les dissidences du corps*. Payot et Rivages. 2017.
- Delaroché, (2003). *Le refus de guérir*. Albin Michel.
- Dessuant, P. (1983). *Le narcissisme. Que sais-je*.
- Dolto, F. (1984). *L'image inconsciente du corps*. Seuil. 2002.
- Dolto, F, Nasio, J.D. (1987). *L'enfant du miroir*. Payot. 1992.
- Dor, J. (2002). *Introduction à la lecture de Lacan*. Denoël. 2012.
- Durif-Bruckert, C. (1994) *Une fabuleuse machine. Anthropologie des savoirs ordinaires sur les fonctions physiologiques*. Métailié.
- Ehrenberg, A. (2010). *La société du malaise*. Odile jacob.

- Freud, S. (1895). *Les études sur l'hystérie*. PUF. 1981.
- Freud, S. (1905). Dora. Fragment d'une analyse d'hystérie. PBP. 2010.
- Freud, S. (1924). *Cinq leçons sur la psychanalyse*. Payot et Rivages. 2001.
- Freud, S. (1933). *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse*. PUF. 1989.
- Freud, S. (1938). *Abrégé de psychanalyse*. PUF. 2012.
- Fourcade, J.M. (2000). *Les patients-limites*. Editions Erès.
- Gauchet, M. (1985). *Le désenchantement du monde*. Gallimard.
- Golse, B, Roussillon, R. (2010). *La naissance de l'objet*. PUF.
- Gori, R. (2002). *Logique des Passions*. Denoël.
- Gori, R, Del Volgo, M.J. (2005). *La santé totalitaire*. Denoël.
- Hassoun J. (1997), *La cruauté mélancolique*. Flammarion.
- Ionescu, S., Jacquet, M., Lhote, C. (2005). *Les mécanismes de défense: Théorie et clinique*. Dunod. 2020.
- Israël, L. (2005). *Le médecin face au désir*. Erès-Arcanes.
- Jacquard, A, Lacarrière, J. (1994). *Science et croyances*. Albin Michel. 1999.
- Julien, P. (1986). *Le retour à Freud de Jacques Lacan*. Erès.
- Lacan, J. (1953-1954a). *Les écrits techniques de Freud. Séminaire I*. Point. 1975.
- Lacan, J. (1954b-1955). *Le moi dans la théorie de Freud et dans la technique de la psychanalyse*. Séminaire II. Seuil. 1978.
- Lacan, J. (1956-1957a). *La relation d'objet*. Séminaire IV. Seuil. 1994.
- Lacan, J. (1958b-1959). *Le désir et son interprétation*. Séminaire VI. Editions de la Martinière. 2013.
- Lacan, J. (1962-1963). *L'angoisse*. Séminaire X. Seuil. 2004.
- Lacan, J. (1966a). *Les écrits I*. Points. 1970.
- Lacan, J. (1966b). *Les écrits II*. Points. 1971.
- Lacan, J. (1968-1969). *D'un Autre à l'autre*. Seuil. 2006.
- Lacan, J. (1972-1973). *Encore*. Séminaire XX. Seuil. 1975.
- Lacan, J. (1964-1973). *Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*. Points. 1973.
- Lavarde, A. (2008). *Guide méthodologique de la recherche en psychologie*. De Boeck.
- Le Breton, D. (1990). *Anthropologie du corps et de la modernité*. PUF. 2013.
- Le Breton, D. (1992). *La sociologie du corps*. Que sais-je ?
- Le Breton, D. (1993). *La chair à vif. De la leçon d'anatomie à la greffe d'organes*. Métailié. 2008.

- Le Breton, D. (1995). *L'anthropologie de la douleur*. Métailié. 2012.
- Le Breton, D. (2010). *Expériences de la douleur*. Métailié.
- Le Breton, D. (2017). *Tenir. Douleur chronique et réinvention de soi*. Métailié.
- Leclaire, S. (1971). *Démasquer le réel*. Point.
- Luminet O. (2008). *Psychologie des émotions. Confrontation et évitement*. (2002). De Boeck.
- Luminet, O, Vermeulen, N, Grynberg, D. (2013). *L'alexithymie. Comment le manque d'émotions peut affecter notre santé*. De Boeck.
- Marty, P. (1990). *La psychosomatique de l'adulte*. PUF. 2014.
- Marty, P, De M'Uzan, M, David, C. (1963). *L'investigation psychosomatique : sept observations cliniques*. PUF. 2010.
- Melman, C. (2009). *La nouvelle économie psychique*. Erès.
- Nasio, JD. (1996). *Le livre de la douleur et de l'amour*. Payot et Rivages.
- Nasio, JD. (2007). *Mon corps et ses images*. Payot et Rivages. 2013.
- Nietzsche, F. (1883). *Ainsi parlait Zarathoustra*. LGF 1983.
- Nietzsche, F. (1895). *L'Antéchrist*. Flammarion. 1996.
- Pardinielli, J. (2016). *Introduction à la psychologie clinique*. Armand Colin.
- Raimbault, G. (1982). *La clinique du réel*. Seuil.
- Razavet, JC. (2000). *De Freud à Lacan. Du roc de la castration au roc de la structure*. De Boeck.
- Safouan, M. (2001). *Lacanian. Les séminaires de Jacques Lacan. (1953-1963)*. Fayard.
- Serrie, A, Delorme, C, Navez, M.-L. (2020). *Médecine de la douleur pour le praticien*. Elsevier Health Sciences.
- Smadja, C. (2008). *Les modèles psychanalytiques de la psychosomatique*. PUF.
- Soler, C. (2009). *Lacan, l'inconscient réinventé*. PUF.
- Stora, JB. (2006). *La neuro-psychanalyse. Que sais-je ?*
- Vasse, D. (1983). *Le poids du réel, la souffrance*. Seuil.
- Vasse, D. (1988). *La chair envisagée*. Seuil.
- Visentini, G. (2015). *Pourquoi la psychanalyse est une science*. PUF.
- Visentini, G. (2019). *Esquisse d'une théorie du soin en psychanalyse*. L'Évolution Psychiatrique. Elsevier.
- Winnicott, D.W. (1965). *La famille suffisamment bonne*. Payot & Rivages. 2010.
- Winnicott, D.W. (1975). *Jeu et réalité. L'espace potentiel*. Gallimard. 1971.
- Zafiroopoulos, M. (2009). *L'œil désespéré par le regard : sur le fantasme*. Arkhé.

B) COLLECTIFS ET CHAPITRES D'OUVRAGE

- Abraham, K. (1919). Une forme particulière de résistance névrotique à la méthode psychanalytique. Dans K. Abraham (Dir.), *Œuvres complètes*. Payot & Rivage. 2000.
- Alric, J. (2004). Qui écoute quoi: Essai de repérage de deux postures d'écoute possibles à l'hôpital. Dans P. Ben Soussan (Dir.), *Le cancer : approche psychodynamique chez l'adulte* (pp. 129-139). Érès.
- Alvarez, L., Golse, B. (2013). Les compétences des parents. Dans L. Alvarez (Dir.), *La psychiatrie du bébé* (pp. 35-46). PUF.
- Alvarez, L., Golse, B. (2013). L'étude des interactions. Dans L. Alvarez (Dir.), *La psychiatrie du bébé* (pp. 47-59). PUF.
- Atlan, H. (2003). Consentement : d'un avis à l'autre. Dans D. Sicari (Dir.), *Travaux du Comité Consultatif National d'Ethique, 20^{ème} anniversaire*. PUF.
- Bacqué, M. (2019). La psychanalyse. Dans J.-F. Marmion (Dir.), *Psychologie: Une exploration* (pp. 189-212). Éditions Sciences Humaines.
- Bardin, L. (2013). Chapitre II. Définition et rapport avec les autres sciences. Dans L. Bardin (Dir.), *L'analyse de contenu* (pp. 30-51). PUF.
- Bardin, L. (2013). Chapitre III. L'analyse de l'énonciation. Dans L. Bardin (Dir.), *L'analyse de contenu* (pp. 223-242). PUF.
- Bardin, L. (2013). Chapitre IV. L'inférence. Dans L. Bardin (Dir.), *L'analyse de contenu* (pp. 169-177). PUF.
- Bergeret, J. (2008). Problème des défenses. Dans Bergeret, J. (Dir.), *Psychologie pathologique. Théorie et clinique*. Elsevier-Masson.
- Bertholet, JY. (2006). Neurobiologie des émotions et cognition. Dans D. Gaonac'h (Dir.), *Psychologie cognitive et bases neurophysiologiques du fonctionnement cognitif*. PUF.
- Bioy, A., Castillo, M.-C., Koenig, M. (2021). Introduction. Dans A. Bioy, M.-C. Castillo, M. Koenig (Dir.), *Les méthodes qualitatives en psychologie clinique et psychopathologie* (pp. 17-18). Dunod.
- Bioy, A., Castillo, M.-C., Koenig, M. (2021). Chapitre 1. La méthode qualitative et ses enjeux. Dans A. Bioy, M.-C. Castillo, M. Koenig (Dir.), *Les méthodes qualitatives en psychologie clinique et psychopathologie* (pp. 21-33). Dunod.
- Bonnici, B. (2021). Chapitre premier. L'évolution du « marché de la santé ». Dans B. Bonnici (Dir.), *La politique de santé en France* (pp. 72-101). PUF.

- Castillo, M. (2021). Chapitre 13. L'analyse de contenu en psychologie clinique. Dans A. Bioy, M.-C. Castillo, M Koenig (Dir.), *Les méthodes qualitatives en psychologie clinique et psychopathologie* (pp. 217-237). Paris: Dunod.
- Brokmann, P. (2012). Hypocondrie et autres troubles psychiques à expression corporelle. Dans V. Kapsembelis (Dir.), *Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte* (pp. 377-392). P.U.F.
- Castro, D. (2016). Chapitre 2. Rorschach. Dans D. Castro (Dir.), *Pratique de l'examen psychologique en clinique adulte: Approches intégratives* (pp. 89-248). Dunod.
- Cordier, A. (2010). La vocation médicale de l'homme : in-quiétude éthique et professions de santé. En lisant Emmanuel Levinas. Dans E. Hirsch (Dir.), *Traité de bioéthique: II - Soigner la personne, évolutions, innovations thérapeutiques* (pp. 13-35). Érès.
- Derzelle, M. (2013). Que viennent chercher les douloureux chroniques ?. Dans Sami-Ali éd. (Dir.), *Affect et pathologie*. Les Ulis: EDP Sciences.
- Fischer, G. & Tarquinio, C. (2014). *Chapitre 7. L'observance thérapeutique*. Dans G. Fischer & C. Tarquinio (Dir.), *Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé* (pp. 163-187). Dunod.
- Freud, S. (1896). L'hérédité et l'étiologie des névroses. Dans S. Freud (Dir.), *Œuvres complètes Vol. III*. PUF. 1989.
- Freud, S. (1896). Nouvelles remarques sur les psycho-névroses de défenses. Dans S. Freud. *Œuvres complètes, Vol. III*. PUF. 1989.
- Freud, S (1910). Le trouble psychogène de la vision dans la conception psychanalytique. Dans S. Freud. *Œuvres complètes, Vol X*. PUF. 1989.
- Freud, S (1914). Pour introduire le narcissisme. Dans S. Freud. *La vie sexuelle*. PUF. 1999.
- Freud, S. (1915). Deuil et mélancolie. Dans S. Freud. *Métapsychologie*. Gallimard. 1986.
- Freud. S. (1920). *Au-delà du principe de plaisir*. Dans S. Freud. *Essai de psychanalyse*. Payot. 1966.
- Freud, S. (1921). Psychologie collective et analyse du moi. Dans S. Freud. *Essai de psychanalyse*. Payot. 1966.
- Freud, S. (1922a). La nervosité commune. Dans S. Freud. *Introduction à la psychanalyse* (pp. 459-476). Payot et Rivages. 1961.
- Freud, S. (1922b). La théorie de la libido et le « narcissisme ». Dans S. Freud. *Introduction à la psychanalyse* (pp. 501-524). Payot et Rivages. 1961.
- Freud, S. (1922c). Résistance et refoulement. Dans S. Freud. *Introduction à la psychanalyse* (pp. 345-364). Payot et Rivages. 1961.

- Freud, S. (1922d). Le transfert. Dans S. Freud. *Introduction à la psychanalyse* (pp. 525-566). Payot et Rivages. 1961.
- Freud, S. (1923). Le moi et le ça. Dans S. Freud. *Essais de psychanalyse*. Payot. 1966.
- Freud S. (1924). Le Problème économique du Masochisme. Dans S. Freud. *Névrose, Psychose et Perversion* (pp. 287-298). PUF. 1973.
- Freud S. (1925). Résistance à la psychanalyse. Dans S. Freud. *Résultats, idées, problèmes*. PUF. (1921-1938). 1998.
- Freud, S. (2013). Sur la dynamique du transfert. Dans S. Freud. *La technique psychanalytique* (pp. 59-68). PUF.
- Foucaud J., Bury J.-A., Balcou-Debussche M., Eymard C., (dir.). (2010). *Éducation thérapeutique du patient. Modèles, pratiques et évaluation*. Inpes, coll. Santé en action.
- Houzel, D. (2012). Les angoisses primitives du nourrisson : leur devenir et leur résolution. Dans D. Mellier (Dir.), *La vie psychique du bébé: Emergence et construction intersubjective* (pp. 163-174). Dunod.
- Joly, F. (2016). Corps et narcissisme. De Freud à aujourd'hui, quelques enjeux de l'assise narcissique-identitaire et de ses sources corporo-psychiques. Dans F. Joly (Dir.). *Corps et narcissisme* (pp 13-65). In Press.
- Juven, P. (2016). Chapitre VI. Tarification et critique en hôpital. Dans P. Juven (Dir.), *Une santé qui compte : Les coûts et les tarifs controversés de l'hôpital public* (pp. 181-204). PUF.
- Keller, PH. (2010). Introduction. Dans P.-H. Keller (Dir.), *Le corporel. Nouvelles approches en psychosomatiques*. Dunod.
- Keller, PH. (2010). Psychosomatique et analogie : du corporel au psychique. Dans P.-H. Keller (Dir.), *Le corporel. Nouvelles approches en psychosomatiques*. Dunod.
- Kohn, L. & Christiaens, W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. Dans C. Léonard (Dir.), *Reflets et perspectives de la vie économique* (pp. 67-82). De Boeck.
- Luyten, P, Fonagy, P (2016). An Integrative, Attachment-Based Approach to the Management and Treatment of Patients with Persistent Somatic Complaints. In J. Hunter et R. Maunder (Dirs.), *Improving Patient Treatment with Attachment Theory*. Springer.
- Maillé, O. (2022). La médecine et l'exclusion du sujet en trois dimensions. Dans J. Alric (Dir.), *La pulsion de mort dans les soins: Une face cachée de la médecine en maladie grave et fin de vie* (pp. 23-39). Érès.

- Mellier, D. (2014). Le bébé et ses enveloppes psychiques. Dans N. Presme (Dir.), *Recherches en périnatalité* (pp. 165-194). PUF.
- Mellier, D. (2022). L'intersubjectivité et les souffrances/douleurs des bébés. Dans J. Rochette-Guglielmi (Dir.), *Énigmes de la douleur chez le bébé: Avancées scientifiques ? Révolution des pratiques ?* (pp. 145-171). Érès.
- Meyran, R. (2010). La douleur : évolution d'un concept. Dans C. Halpern (Dir.), *La santé, un enjeu de société*. Editions Sciences Humaines.
- Monday, J. (1988). Maladies psychosomatiques et troubles somatoformes. Dans P. Lalonde, et F. Grunberg (Dir.), *Psychiatrie clinique, approche bio-psycho-sociale* (pp 489-528). Gaétan Morin.
- Moreau Ricaud, M. (2007). Histoire raisonnée des groupes Balint. Dans M. Moreau Ricaud (Dir.), *Michael Balint: Le renouveau de l'École de Budapest* (pp. 215-252). Érès.
- Paillé, P. Mucchielli, A. (2012). Chapitre 11 - L'analyse thématique. Dans P. Paillé & A. Mucchielli (Dir.). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (pp. 231-314). Armand Colin.
- Pedinielli, J.L., & Rouan, G. (1998). *L'entretien en clinique*. Dans C. Cyssau (Dir.). *Psycho*. In Press. 2008.
- Perron, R. (2010). Connaître. Dans R. Perron (Dir.). *La raison psychanalytique: Pour une science du devenir psychique* (pp. 1-12). Dunod.
- Pheulpin, M.C, Baudin, M, Bruguière, P. (2017). La clinique des états du corps. *Approche psychanalytique et projective*. Dunod.
- Reach, G. (2010). Soigner et se soigner. Dans E. Hirsch (Dir.), *Traité de bioéthique: II - Soigner la personne, évolutions, innovations thérapeutiques* (pp. 37-50). Érès.
- Ricoeur, P. (2013). La souffrance n'est pas la douleur. Dans C. Marin & N. Zaccai-Reyners (Dir.), *Souffrance et douleur. Autour de Paul Ricoeur*. PUF.
- Romelaer, P. (2005). Chapitre 4. L'entretien de recherche. Dans P. Roussel & F. Wacheux (Dir.), *Management des ressources humaines: Méthodes de recherche en sciences humaines et sociales* (pp. 101-137). De Boeck.
- Roussillon, R. (2018). Chapitre I. Choix d'un référentiel théorique : réalité psychique et métapsychologie. Dans R. Roussillon. *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale* (pp. 3-10). Elsevier Masson.
- Sibony (2013). La fibromyalgie à l'épreuve de l'investigation de la psychosomatique relationnelle. Dans Sami-Ali éd. (Dir.), *Affect et pathologie* (pp. 61-79). Les Ulis: EDP Sciences.

- Smadja, C. (2012). Introduction à la psychosomatique. Dans V. Kapsembelis (Dir.), *Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte* (pp. 197-211). PUF.
- Van Houdenhove, B, Luyten, P, Egle, UT. (2009). The role of childhood trauma in chronic pain and fatigue. Dans V.L. Banyard, V.J. Edwards, K. Kendall-Tackett (Dirs.), *Book Trauma and physical health*. Routledge.
- Žižek, S. (2016). Le graphe du désir : une lecture politique. Dans S. Žižek (Dir.) *Ils ne savent pas ce qu'ils font* (pp. 195-244). PUF.

D) SOURCES SECONDAIRES

- Aulagnier, P. (1962), citée dans J. Lacan (1961-1962). *L'identification*. Repéré dans www.valas.fr.
- Castoriadis, C., cité dans Le Coadic, R. (2006). L'autonomie, illusion ou projet de société ? *Cahiers internationaux de sociologie*, 121. 317-340.

E) ARTICLE DE PERIODIQUE FRANCOPHONES

- Acapo, S, Seyrès, P, Savignat, E. (2017). Définition et évaluation de la douleur. *Kinesither rev*, 17. 44-55.
- Aini K, Curelli-Chéreau A, Antoine P. (2008). L'expérience subjective de patients avec une fibromyalgie : analyse qualitative. *Annales médico-psychologiques*, 168(4). 255-262
- Aisenstein, M. (2013). Solution psychosomatique – Issue somatique. Notes cliniques : l'homme de Birmanie. *Revue française de psychosomatique*, 43. 95-111.
- Allaert, F.A. (2010). Méthodologie et place des échelles de douleurs dans l'évaluation des désordres veineux. *Phlébologie*, 63(2). 52-57.
- Albertelli, A, Lemaitre, B. (2017). La montée du narcissisme ? *Commentaire*, 158. 359-370.
- Allaz, AF, Luthy, C, Piguët, V, Desmeules, J, Girard, E, Cedraschi, C. (2004). Douleurs rebelles et ébranlements traumatiques. *Doul. et Analg*, 2. 67-69.
- Aparicio, S. (2016). « Je est un autre » – L'identité interrogée par la psychanalyse. *Revue des Collèges de Clinique psychanalytique du Champ Lacanien*, 15. 102-117.
- Assoun, P. (2006). Le deuil et sa complaisance somatique: Le deuil et le corps selon Freud. *Revue française de psychosomatique*, 30(2). 121-131.

- Askofaré, S. (2008). L'identité au temps du discours de la science. *Champ lacanien*, 1(1). 127-132.
- Askofaré, S., Gaspard, J., Macary-Garipuy, P. & Sauret, M. (2009). Clinique, structure et discours : de l'empirique au formalisable en psychanalyse. *Cliniques méditerranéennes*, 79. 265-277.
- Attale, C, & Consoli, S.M. (2005). Intérêt du concept d'attachement en médecine somatique. *Presse med.*, 34. 42-48.
- Aubert, N (2006). L'individu hypermoderne et ses pathologies. *L'information psychiatrique*, 82. 605-610.
- Barcellos De Souza, J. et coll. (2009). Portrait de la douleur chronique au Canada : les femmes souffrent-elles plus que les hommes. *Douleur analg.*, 22. 134-139.
- Bass, H. & Le Breton, D. (2018). La douleur chronique : contre la souffrance, donner du sens. *Le Journal des psychologues*, 356. 46-51.
- Baszanger I, (1991). Déchiffrer la douleur chronique. Deux figures de la pratique médicale. *Sciences sociales et santé*, 9(2). 31-78.
- Bazire, A., Proia-Lelouey, N. & Johnston, G. (2018). Une méthode d'analyse de discours appliquée aux entretiens cliniques de recherche. L'analyse de discours à partir des procédés d'élaboration du discours du tat (Thematic Apperception Test). *Psychologie clinique et projective*, 1(1). 219-241.
- Berque, A. (1983). Ruth Benedict, Le Chrysanthème et le sabre. *Le Débat*, 23. 99-108.
- Berquin, A. (2010). Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. *Rev Med Suisse*, 6. 1511-1513.
- Berquin, A. (2013). Douleur chronique : quelques repères pour mieux comprendre et agir. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 56. 108–113
- Birman, J. & Hoffmann, C. (2016). Lacan et Foucault, une nouvelle lecture. *La clinique lacanienne*, 2(2). 155-166.
- Bonmarchand, M. (2005). Placer le patient au cœur du choix thérapeutique: Le secret d'une bonne adhésion au traitement. *Medecine Et Maladies Infectieuses*, 35. 8-10.
- Bonjour-Theurillat, F., Widmer, D., Spencer, B., Despland, J.-N., Sommer, J., Lefebvre, D., Gurny, M., Herzig, L. (2018). Comment le médecin généraliste induit le processus du changement chez son patient : l'exemple de la douleur chronique Étude qualitative préliminaire. *Exercer*, 143. 204-211.
- Bontoux, D, Autret, A, Jaurya, P, Laurent, B, Levi, Y. (2021). Rapport 21-09. La relation médecin-malade. *Bull Acad Natl Med* 205(8). 857-866.

- Bouckenaere, D. (2007). La douleur chronique et la relation médecin-malade. *Cahiers de psychologie clinique*, 28. 167-183.
- Cartron, E., Lefebvre, S. & Jovic, L. (2021). Le savoir expérientiel : exploration épistémologique d'une expression répandue dans le domaine de la santé. *Recherche en soins infirmiers*, 144, 76-86.
- Castanet, D. (2004). Le réel du corps : phénomènes psychosomatiques et symptôme: Incidences cliniques. *L'en-je lacanien*, 3. 107-123.
- Chamberlain, K. (2009). Situer le social dans la psychologie de la santé : réflexions critiques. *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*, 82. 7-24.
- Charmillot, M, Dayer, C. (2007). Démarche compréhensive et méthodes qualitatives : clarifications épistémologiques. *Recherches qualitatives. Hors-série 3. Actes du colloque bilan et prospectives de la recherche qualitative*.
- Chatelard, D. (2016). Du bien-dire et du réel dans la psychanalyse. *Psychanalyse*, 35. 39-45.
- Chvetzoff, R, Bernard, L, Baylot, D, Chvetzoff, G. (2021). Médecine scientifique et relation de soin : de l'alliance thérapeutique à l'effet thérapeutique de l'alliance. *Bulletin du Cancer*, 108(9). 837-842.
- Célérier, M. (2005). Métaphore hystérique, métonymie hypocondriaque ?. *Champ psychosomatique*, 39. 13-32.
- Charoud, M. (2017). L'engagement des associations de patients atteints de maladies chroniques: Du « savoir patient » aux stratégies de communication. *Politiques de communication*, 9. 37-62.
- Claudon, P, Weber, M. (2009). L'émotion. Contribution à l'étude psychodynamique du développement de la pensée de l'enfant sans langage en interaction. *Devenir*, 21. 61-99.
- Croix, L. (2004). L'inévitable douleur du sujet. *Cahiers de psychologie clinique*, 23. 11-23.
- Czermak, M. (1985). De l'hypocondrie ou « madame mal a la ». *Le bulletin freudien*, 2-3. 1-14.
- De Barros, F. (2021). Demande et plainte chez le sujet atteint de fibromyalgie. *Le Journal des psychologues*, 392. 59-63.
- De Tychev, C, Huckel, C, Rivat, M, Claudon, P. (2012). Nouvelles normes adultes du test de Rorschach et évolution sociétale : quelques réflexions. *Bulletin de psychologie*, 521. 453-466.

- Decabèche, C, Lebas, M, Triffaux, J.M. (2007). La personnalité borderline : clinique d'une psychopathologie « sans limites ». *Rev Med Liège*, 62(12). 730-735.
- Dechaud-Ferbus, M. (2014). L'hypocondrie et le paradoxe de l'auto-observation. *Revue française de psychanalyse*, 78. 124-136
- Delli Noci, C, Berna, C. (2015). Traumatisme et douleur chronique : échos et amplifications des souffrances physiques et psychiques. *Rev Med Suisse* 2015, 11. 1395-1399.
- Desfontaines, H. (2012). Corps souffrant, corps malade. La réception des plaintes lombalgiques en médecine générale. *Sciences sociales et santé*, 30. 5-23.
- Defontaine-Catteau, M.C, Bioy, A. (2013). Place du traumatisme psychique en clinique de la douleur. *Douleur Analg.*, 27. 68-74.
- Deyon, D, Souffir, V. (2002). A propos d'un cas clinique suivi en psychiatrie. *Revue française de psychosomatique*, 22. 21-38.
- Donabédian, D. (2011). Culpabilité et maladie : existe-t-il une culpabilité préœdipienne ?. *Revue française de psychosomatique*, 39. 91-96.
- Dourlens, C, Régnier Denois, V. (2015). Les groupes thérapeutiques dans la prise en charge de la douleur chronique. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic – Traitement*, 16(6). 298-305.
- Droz-Mendelzweig, M. (2010). La plasticité cérébrale de Cajal à Kandel : Cheminement d'une notion constitutive du sujet cérébral. *Revue d'histoire des sciences*, 63. 331-367.
- Dubois, J. (1969). Énoncé et énonciation. *Langages*, 13. 100-110.
- Dumet, N, Ferrant, A. (2009). Circularité psychosomatique et traumatismes. *Psychologie clinique et projective*, 15. 45-66.
- Dumolard, A. (2018). La fibromyalgie, une maladie complexe. *Pratique en nutrition*, 14(54). 12-16.
- Ehrenberg, A. (2014). Narcissisme, individualisme, autonomie : malaise dans la société ? *Revue française de psychanalyse*, 78. 98-109.
- Ehrenberg, A. (2016). L'autonomie au cœur du malaise de la société française. *Pratiques en santé mentale*, 3. 4-10.
- Famy, A, Delsart, A. (2021). La relation de soin : enjeux et mises en œuvre discursives. *Espaces Linguistiques*, 2. 1-7.
- Fernandez, L. & Pardinielli, J. (2006). La recherche en psychologie clinique. *Recherche en soins infirmiers*, 84. 41-51.

- Furlanetto, A. & Spoljar, P. (2017). De l’hyperactivité à la fibromyalgie : une dette insolvable (étude de cas). *Cliniques méditerranéennes*, 96. 19-35.
- Gaudillière, JP. (1996). Isabelle Baszanger, Douleur et médecine, la fin d'un oubli. *Sciences Sociales et Santé*. 113-119.
- Gillot, F. & Maillard, B. (2014). Plainte douloureuse et deuil impossible: À propos d'un cas. *Perspectives Psy*, 53. 118-123.
- Golse, B. (2016). Les bébés ont la vie dure !. *Spirale*, 79. 118-126.
- Gori, R. (2021). Le soin et la démocratie à l’épreuve du totalitarisme sanitaire. *Cliniques méditerranéennes*, 103. 23-39.
- Gorot, J. (2010). Une maltraitance du corps imaginaire dans une observation de fibromyalgie. *Le Coq-héron*, 203. 126-132.
- Grunberger, B. (1954). Esquisse d’une théorie psychodynamique du masochisme. *Revue française de psychanalyse*, 23(2). 193-214.
- Guedeney, N. (2011). Les racines de l'estime de soi : apports de la théorie de l'attachement. *Devenir*, 23. 129-144.
- Guérin, N. (2017). Transfert psychotique et demande de contrôle. *Essaim*, 38. 7-19.
- Harrus-Révidi, G. (2008). La radiographie, une image du soi inconnu. *Champ psychosomatique*, 52. 7-15.
- Hertzog, S, Razon, L. (2020). Les douleurs chroniques résistantes : quand l’inconscient prend corps dans le colloque médecin–patient. *Douleur et analgésie*, 33(2). 113-118.
- Kaswin-Bonnefond, D. (2004). “ La vie opératoire. Études psychanalytiques ” de Claude Smadja. *Revue française de psychanalyse*, 68. 1327-1336.
- Kiefer, B. (2013). L’homme augmenté. *Rev Med Suisse*, 1(388). 1176 – 1176.
- Lacan, J. (1948). Conférence prononcée à Bruxelles en mai 1948 au 11ème Congrès des psychanalystes de langue française. *Revue Française de Psychanalyse*, 12(2). 367-388.
- Lacan, J. (1949). Le stade du miroir. Communication faite au XVIe Congrès international de psychanalyse, à Zurich le 17-07-1949. *Revue Française de Psychanalyse 1949*, 13(4). 449-455.
- Lacan, J. (1956). Réponse au commentaire de Jean Hyppolite sur la Verneinung de Freud. *Psychanalyse : revue de la société française de psychanalyse*, 1. 41-58.
- Lacan, J. (1966c). La place de la psychanalyse en médecine. *Cahiers du Collège de Médecin*. 761 à 774.
- Lacan, J. (1970). Radiophonie. *In Scilicet 2/3*. 55-99.

- Lamouroux, A., Magnan, A., & Vervloet, D. (2005). Compliance, observance ou adhésion thérapeutique : de quoi parlons-nous ? *Revue Des Maladies Respiratoires*, 22(1). 31-34
- Laurens, S. (2006). Le regard psychosocial : l'autre en moi. Vers une psychologie sociale des prises de position. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 71. 55-64.
- Laurent, B. (2009). Pourquoi le neuropsychologue devrait s'intéresser à la mémoire de la douleur ? *Revue de neuropsychologie*, 1. 337-342.
- Laurent, B. (2013). L'imagerie fonctionnelle de la douleur : de la réponse somatique à l'émotion. *Bull. Acad. Natle Med.*, 197. 831-846
- Lebrun, J. (2004). Une forclusion de la rencontre. *Essaim*, 12. 73-83.
- Lechevalier, B. (2010). Plasticité cérébrale et liens somatopsychiques. *Revue française de psychanalyse*, Vol.74. 1699-1706.
- Le Coadic, R. (2006). L'autonomie, illusion ou projet de société ? *Cahiers internationaux de sociologie*, 121. 317-340.
- Legand, M, Brennstuhl, MJ, Machado, J, Peter, L, Vismara, L, Tarquinio, C. (2019). Prise en charge psychothérapeutique de la fibromyalgie : une revue systématique. *Douleurs : Évaluation - Diagnostic - Traitement*, 20. 89-108.
- Lesourd, S. (2008). Impasses de la construction subjective chez l'enfant et l'adolescent. *L'information psychiatrique*, 84. 29-34.
- L'Heureux-Le-Beuf, D. (2002). Trajectoires hypocondrie-soma. *Revue française de psychosomatique*, 22. 9-20.
- L'Heureux-Le-Beuf, D. (2009). Organisation psychique et affection somatique : pour introduire la discussion. *Revue française de psychosomatique*, 35, 55-60.
- Lubtchansky, J. (1999). Insoutenable immaturité de l'être. *Revue française de psychosomatique*, 15. 175-194.
- Marblé, J. (2011). La douleur, dernière frontière ? *Psychanalyse*, 20. 41-51.
- Marty, P. (2006). Introduction à la psychosomatique. *Revue française de psychosomatique*, 30. 165-167.
- McVittie, C., McKinlay, A. (2012). L'analyse du discours dans les pays anglo-saxons. *Bulletin de psychologie*, 5(5). 429-439.
- Méliani, V. (2013). Choisir l'analyse par théorisation ancrée : illustration des apports et des limites de la méthode. *Recherches Qualitatives*, 15. 435-452.
- Miller, P. (1999). La douleur : une thérapeutique de survie ? Quelques éléments de réflexion. *Revue française de psychosomatique*, 15. 39-50.

- Mistycki, V, Guedeney, N. (2007). Quelques apports de la théorie de l'attachement : clinique et santé publique. *Recherche en soins infirmiers*, 89. 43-51.
- Nacu, A. Benamouzig, D. (2010). La fibromyalgie : du problème public à l'expérience des patients. *Santé Publique*, 22. 551-562.
- Nayrou, F., Papageorgiou, M. (2011). Avant-propos. *Revue française de psychosomatique*, 39. 5-8.
- Nguyễn-Duy, V, Luckerhoff, J. (2016). Constructivisme/positivisme : où en sommes-nous avec cette opposition?. *Collection hors-série « Les Actes », 5. 4-17.*
- Nusbaum, F, Ribes, G, Gauchet, J. (2010). La douleur chronique : une dépression liée au déficit d'empathie et d'endocongruence. Apports de l'hypnose. *Le bulletin de psychologie*, 507. 191-201.
- Papageorgiou, M. (1999). Tu accoucheras dans la douleur ou tu n'enfanteras point. *Revue française de psychosomatique*, 15. 95-110
- Papageorgiou, M. (2002). Epître à ceux qui somatisent, de Rosine Debray. *Revue française de psychosomatique*, 21. 185-189.
- Patris, M. (2008). La personnalité envisagée comme fonction spéculaire et non comme stase de la structure. *L'information psychiatrique*, 84. 41-44.
- Péoch, N. (2012). La douleur et le soin, entre l'acte et l'accompagnement. *Recherche en soins infirmiers*, 110, 65-77.
- Pereira, V. Ferrier, J. Balayssac, D. Libert, F. Busserolles, J. (2013). Mécanismes épigénétiques impliqués dans la douleur chronique. *Douleur analg.*, 26. 234-240.
- Perrier, F. (2005). Psychanalyse de l'hypocondrie. *Champ psychosomatique*, 39. 33-53.
- Péruchon, M. (2003). De la douleur physique au Rorschach et au TAT. Étude de cas. *Psychologie clinique et projective*, 9. 427-456.
- Pétiau, A. (2006). Douleur, mémoire familiale, et traumatisme. Une histoire en deux temps. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 36. 33-46.
- Pirlot, G. (1999). Douleur sociale, souffrances somatopsychiques de civilisation. *Revue française de psychosomatique*, 15. 195-212.
- Poisson, M. (2015). Au-delà du cure et du care : l'histoire de la relation médecin-malade comme source de réflexion pour penser la relation infirmière-malade au XXIème siècle. *Recherche en soins infirmiers*, 122. 26-38.
- Porte, J.M. (1999). La douleur : concept limite de la psychanalyse. *Revue française de psychosomatique*, 15. 149-166.
- Potamianou, A. (1999). Avoir la douleur. *Revue française de psychosomatique*, 15, 51-64.

- Potier, R. (2007). L'imagerie médicale à l'épreuve du regard: Enjeux éthiques d'une clinique face à l'image. *Cliniques méditerranéennes*, 76. 77-90.
- Press, J. (1999). À propos de l'article d'Anna Potamianou. *Revue française de psychosomatique*, 15. 65-78
- Racin, C, De Luca, M. (2020). Méthode de recherche hypothétique et processuelle. *In Analysis*, 4(1). 42-53.
- Ranque, B, Nardon, O. (2016). Prise en charge des symptômes médicalement inexpliqués en médecine interne : un paradigme de la relation médecin-malade en situation d'incertitude. *La revue de médecine interne*, 38(7). 458-466.
- Razon, L, Spiess, M, Chevalerias, M.-P. (2014). Idéaux sociétaux et subjectivité. Conflictualités autour de l'allaitement. *Dialogue*, 204. 103-113.
- Robieux, L. Bridou, M. (2022). Les ressources psychologiques face aux maladies somatiques chroniques. *PSN*, 20. 37-56.
- Rochas, B. (2014). Prise en charge de la douleur, où en est-on ? *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, 118. 91-98.
- Rolland, JC. (1999). Eros dolorosus. *Revue française de psychosomatique*, 15. 79-86.
- Sarradon-Eck, A. (2012). Corps tiraillé, nerfs coincés, vertèbres déplacées : les enjeux diagnostiques du mal de dos. Commentaire. *Sciences sociales et santé*, 30. 25-32.
- Sauret, M., Combres, L., Rossi-Neves, P., Zapata-Reinert, L., Askofaré, S. & Macary-Garipuy, P. (2015). La contribution de la psychanalyse à l'analyse de la logique du monde contemporain. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 20. 43-56.
- Sebai, J. (2015). L'évaluation de la performance dans le système de soins. Que disent les théories ?. *Santé Publique*, 27. 395-403.
- Serra, E. (2009). Douleur, psychiatrie et morphine. *L'information psychiatrique*, 85. 329-334.
- Sidoit, V. (2009). La foule à l'heure du discours capitaliste. *Psychanalyse*, 15. 81-87.
- Sidoit, V. (2013). Un lien qui libère. *Psychanalyse*, 28. 121-125.
- Sidoit, V. (2016). Le dévoilé du discours capitaliste: Le réel du génocide khmer rouge. *Psychanalyse*, 36. 17-36.
- Siksou, M. (2008). George Libmann Engel (1913-1999). Le modèle biopsychosocial et la critique du réductionnisme biomédical. *Le journal des psychologues*, 260. 52-55.
- Smadja, C. (1999). L'énigme de la douleur dans la dépression essentielle. *Revue française de psychosomatique*, 15. 25-38.

- Smadja, C. (2013). Deuil, mélancolie et somatisation. *Revue française de psychosomatique*, 44. 7-24.
- Smadja, C. (2001). Clinique d'un état de démentalisation. *Revue française de psychosomatique*, 19. 11-27.
- Smadja, C. (2009). La maladie somatique, une dimension de la santé psychique. *Revue française de psychosomatique*, 36. 9-26.
- Smadja, C. (2010). Introduction au concept d'économie psychosomatique. *Revue française de psychosomatique*, 37. 9-15.
- Smadja, C. (2012). Ferenczi, un précurseur de la psychosomatique contemporaine. *Revue française de psychosomatique*, 42. 23-34.
- Smadja, C. (2013). Deuil, mélancolie et somatisation. *Revue française de psychosomatique*, 44. 7-24.
- Smadja, C. (2014). Le modèle pulsionnel de la psychosomatique. *Revue française de psychosomatique*, 45. 11-30.
- Smadja, C. (2016). Une découverte de la psychanalyse : la psychosomatique. *Revue française de psychosomatique*, 49. 11-18.
- Smadja, C, Szwec, G. (1999). Présentation. *Revue française de psychosomatique*, 15. 5-6.
- Spiess, M, Chevalerias, MP, Razon, L. (2010). Quand la certitude s'empare du discours de la prévention : le sujet malmené de notre modernité. *Cliniques méditerranéennes*, 81. 65-75.
- Szwec, G. (2005). Avant-propos. *Revue française de psychosomatique*, 28. 5-11.
- Szwec, G. (2012). Avant-propos. La psychosomatique de l'enfant aujourd'hui. *Revue française de psychosomatique*, n° 41. 5-9.
- Tannier, C. (2022). Dans la relation de soins, la confiance n'est plus ce qu'elle était. *Ethique. La vie en question*.
- Tapia, C. & Bertrand, M. (2017). Douleur, souffrance et mélancolie. *Le Journal des psychologues*, 345. 56-61.
- Tysebaert, E. (2001). Le corps psychique et la perspective psychosomatique. *Topique*, 74. 69-81.
- Valas, P. (2009). De la jouissance et des discours. *Champ lacanien*, 7. 157-168.
- Valot, L, Lalau, J.-D. (2020). L'alliance thérapeutique. *Médecine des Maladies Métaboliques*, 14(8). 761-767.
- Verdon, B. & Roman, P. (2022). Le Rorschach, histoire et actualité dans la clinique et la recherche. *Le Journal des psychologues*, 394. 14-19.

F/ ARTICLE DE PERIODIQUE ANGLOPHONES

- Äkerblom, S, Perrin, S, Fischer, M.R, Mc Cracken, L.M. (2017). The impact of PTSD on functioning in patients seeking treatment for chronic pain and validation of the posttraumatic. *International Journal of Behavioral Medecine*, 24. 249-259.
- Ader, R, Cohen, N. (1993). Psychoneuroimmunology : conditioning and stress. *Annu. Rev. Psychol.*, 44. 53-85.
- Andersen, TE, Elklit, A, Brink, O. (2013). PTSD Symptoms Mediate the Effect of Attachment on Pain and Somatisation. *Clinical Practice & Epidemology in Mental Health*, 9. 75-83.
- Andersen, TE, Lahav, Y, Defrin, R, Mikulincer, M. (2015). Attachment security and pain. The disrupting effect of captivity and PTSS. *Journal of Psychosomatic Research*, 79. 471-476.
- Apkarian AV. (2005). Human brain mechanisms of pain perception and regulation in health and disease. *European Journal of Pain*, 9. 463-484.
- Apkarian, AV, Baliki, M.N, Geha, P.Y. (2009). Towards a theory of chronic pain. *Prog Neurobiol*, 87. 81–97.
- Bell RF, Paulsberg AG, Schjødt B (2000) Barndomstraumer og kronisk smerte. Tidsskr Nor Legeforen. *Utgave 23*. 1–6.
- Breivik et al. (2006). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European. Journal of Pain*, 10. 287–333.
- Borg, C, Carrier Emond, F, Colson, D, Laurent, B, , G.A. (2015). Attentional focus on subjective interoceptive experience in patients with fibromyalgia. *Brain and Cognition*, 101. 35-43.
- Borsook, D, Youssef, A, Simons, L, Elman, I, Eccleston, C. (2018). When pain gets stuck: the evolution of pain chronification and treatment resistance. *Pain*, 159 (12). 2421-2436.
- Buscemi, V, Chang, W.J., Liston, M.B., McAuley, J.H., Schabru, S. (2017). The role of psychosocial stress in the development of chronic musculoskeletal pain disorders: protocol for a systematic review and meta-analysis. *Systematic Reviews*. 1-5.
- Calsius, J, Courtois, I, Stiers, J, De Bie, J. (2015). How Do Fibromyalgia Patients With Alexithymia Experience Their Body? A Qualitative Approach. *SAGE*. 1-10.
- Chen, Z, Chen, X, Liu, M, Dong, Z, Ma, L, Yu, S. (2017). Altered functional connectivity of amygdala underlying the neuromechanism of migraine pathogenesis. *The Journal of Headache and Pain*, 18(7). 1-8.

- Coan, J.A, Schaefer, H.S, Davidson, R.J. (2007). Lending a Hand Social Regulation of the Neural Response to Threat. *Psychological Science*, 17. 1032-1039.
- Craig, A.D. (2003). A new view of pain as a homeostatic emotion. *Trends in Neurosciences*, 26.
- Craig, A.D. (2011). Significance of the insula for the evolution of human awareness of feelings from the body. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1225. 72-82.
- Di Tella, M, Castelli, L. (2016). Alexithymia in Chronic Pain Disorders. *Curr Rheumatol Rep*, 41. 1-9.
- Doleys, D.M. (2017). Chronic pain as a hypothetical construct : A practical and philosophical consideration. *Frontiers in psychology*, 8.
- Edwards, R.R., Dworkin, R.H., Sullivan, M.D., Turk, D, Wasan, A.D. (2016). The role of psychosocial processes in the development and maintenance of chronic pain disorders. *The Journal of Pain*, 17 (9). 1-39.
- Failo, A, Giannotti, M, Venuti, P. (2019). Associations between attachment and pain: From infant to adolescent. *SAGE Open Medicine*, 7. 1–12
- Frenkel, L, Swartz, L, Bantjes, J. (2017). Chronic traumatic stress and chronic pain in the majority world : notes towards an integrative approach. *Critical Public Health*. 1-10.
- Gracely RH, Geisser ME, Giesecke T, Grant MA, Petzke F, Williams DA, Clauw DJ. (2004). Pain catastrophizing and neural responses to pain among persons with fibromyalgia. *Brain*, 127(4). 835-43.
- Granan, LP. (2017). We do not need a third mechanistic descriptor for chronic pain states! Not yet. *Pain* 158(1). 179-179.
- Gunnar, M.R. (2006). Attachment and stress in early development. Does attachment add to the potency of social regulators of infant stress. *The MIT Press*. 245-255.
- Hashmi, J.A. et al. (2013). Shape shifting pain: chronification of back pain shifts brain representation from nociceptive to emotional circuits. *Brain*, 136. 2751–2768.
- Hesse, E, Main, M. (2000). Disorganized Infant, Child, and Adult Attachment: Collapse in Behavioral and Attentional Strategies. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48. 1097-1127.
- Karen, R. (1998). Becoming attached. First relationships and how they impact our capacity to love. *The Atlantic Monthly*. Oxford University Press, New York. 1-18.
- Kiecolt-Glaser, JK, McGuire, L, Robles, TF, Glaser, R. (2002). Emotions, morbidity, and mortality: New Perspectives from Psychoneuroimmunology. *Annu. Rev. Psychol.*, 53. 83–107.

- Krivzov, J, Baert, F, Meganck, R, Cornelis, S. (2021). Interpersonal Dynamics and Therapeutic Relationship in Patients With Functional Somatic Syndromes: A Metasynthesis of Case Studies. *J Couns Psychol*, 68(5). 593– 607.
- Mahmoodi-Aghdam, M., Dehghani, M., Ahmadi, M., Khorrami Banaraki, A., & Khatibi, A. (2017). Chronic Pain and Selective Attention to Pain Arousing Daily Activity Pictures: Evidence From an Eye Tracking Study. *Basic and Clinical Neuroscience*, 8(6). 467-4780.
- Maingueneau, D. (2012). Que cherchent les analystes du discours ?. *Argumentation et Analyse du Discours*, 9. 88-102.
- Martin JB, Pihl RO. (1985). The stress-alexithymia hypothesis: theoretical and empirical considerations. *Psychother Psychosom.*, 43(4). 169-176.
- McWilliams, L.A, Bailey, S.J. (2010). Associations Between Adult Attachment Ratings and Health Conditions: Evidence From the National Comorbidity Survey Replication. *Health Psychology*, 29 (4). 446 – 453.
- Meier, ML, Stämpfli, P, Humphreys, BK, Vrana, A, Seifritz, E, Schweinhardt, P. (2017). The impact of pain-related fear on neural pathways of pain modulation in chronic low back pain. *Pain Reports*, 601. 1-5.
- Meredith, PJ, Strong, J, Feeney, JA. (2006). The relationship of adult attachment to emotion, catastrophizing, control, threshold and tolerance, in experimentally-induced pain. *Pain*, 120. 44–52.
- Meredith, P, Ownsworth, T, Strong, J. (2008). A review of the evidence linking adult attachment theory and chronic pain: Presenting a conceptual model. *Clinical Psychology Review*, 28. 407–429.
- Muhtz, C. et al. (2013). Cortisol Response to Experimental Pain in Patients with Chronic Low Back Pain and Patients with Major Depression. *Pain Medicine*, 14. 498–503.
- Neugebauer, V, Li, W, Bird, GC, Han, JS. (2004). The amygdala and persistent pain. *Neuroscientist*, 10. 221– 234.
- Neugebauer, V. & al. (2009). Forebrain Pain Mechanisms. *Brain Res Rev*, 60. 226-242.
- Noël, M. & al. (2016). Post-traumatic stress disorder symptoms in youth with versus without chronic pain. *Pain*, 157(10). 2277-2284.
- Pecukonis, E.V. (2009). Physical Self-Efficacy and Alexithymia in Women with Chronic Intractable Back Pain. *Pain Management Nursing*, 10(3). 116-123.
- Porter, L.S., Davis, D, Keefe, F.J. (2007). Attachment and pain : recent findings and future directions. *Pain*, 128. 195-198.

- Potier, R, Putois, O. (2018). A Lacanian Approach to Medical Demand, With a Focus on Pediatric Genetics: A Plea for Subjectivization. *Frontiers in Psychology*, 9. 1-10.
- Raja, SN, Carr, DB, Cohen, M, Finnerup, NB, Flor, H, Gibson, S, Keefe, FJ, Mogil, JS, Ringkamp, M, Sluk, KA, Song, KJ, Stevens, B, Sullivan, MD, Tutelman, PR, Ushida, T, Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9). 1976 – 1982.
- Ranjbar S, Mazidi, M, Sharpe, L, Dehghani, M, Khatibi, A. (2020). Attentional control moderates the relationship between pain catastrophizing and selective attention to pain faces on the antisaccade task. *Sci Rep*, 10(12885). 1-11.
- Ren, W, Neugebauer, V. (2010). Pain-related increase of excitatory transmission and decrease of inhibitory transmission in the central nucleus of the amygdala are mediated by mGluR1. *Molecular Pain*, 6 (93). 1-14.
- Romeo, A, Tesio, V, Castelnuovo, G, Castelli, L. (2017). Attachment Style and Chronic Pain : toward an interpersonal model of pain. *Frontiers in Psychology*, 8. 1-6.
- Saariaho, AS. Saariaho, TH, Mattila, AK, Karukivi, MR, Joukamaa, MI. (2013). Alexithymia and depression in a chronic pain patient sample. *General Hospital Psychiatry*, 35. 239–245
- Siqueland, J, Hussain, A, Lindstrøm, JC, Ruud, T, Hauff, E. (2017). Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder in Persons with Chronic Pain: A Meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 8. 1-9.
- Solomon, J, Georges, C. (1999) The development of attachment in separated and divorced families Effects of overnight visitation, parent and couple variables. *Attachment & Human Development* 1. 2-33.
- Stam, H. J. (2000). Theorizing health and illness: Functionalism, subjectivity, and reflexivity. *Journal of Health Psychology*, 5. 267–277.
- Svanberg, M, Stalnacke, BM, Enthoven, P, Brodda-Jansen, G, Gerdle, B, Boersma, K. (2017). Impact of emotional distress and pain-related fear on patients with chronic pain: subgroup analysis of patients referred to multimodal rehabilitation. *Journal Rehabilitation Medicine*, 49. 354-361.
- Treede, RD. (2018). The International Association for the Study of Pain definition of pain. *Pain reports*, 3. 1-3.
- Vachon-Preseau E, Roy M, Martel MO, Caron E, Marin M.F, Chen J, Albouy G, Plante, I, Sullivan MJ, Lupien SJ, Rainville P. (2013). The stress model of chronic pain: evidence from basal cortisol and hippocampal structure and function in humans. *Brain*, 136. 815-827.

- Vlaeyen J.-W.-S, Linton S.-J. Fear-avoidance model of chronic musculoskeletal. *Pain* 153(6). 1144-1147.
- Waters, E, Cummings, M. (2000). A Secure Base From Which To Explore Close Relationships. *Child Development*. 1-13.

G/ DICTIONNAIRES

- Chemama, R, Vandermersch, B. (2009). *Le Dictionnaire de la psychanalyse*. Larousse.
- Dubois, Miterrand et Dauzat (2007). *Dictionnaire étymologique*. Larousse.
- Laplanche, J., & Pontalis J.B. (1967). *Le vocabulaire de la psychanalyse*. PUF. 2007.
- *Le Grand Dictionnaire de la Psychologie* (2011). Larousse.

H/ THESES DE DOCTORAT

- Castro De Souza, L. (2014). *Le féminin-douleur et fatigue : approche en psychopathologie psychanalytique de l'expérience subjective de la fibromyalgie*. [Thèse de doctorat, Université Paris 13]. HAL.
- Casel, A. (2013). *Vécu des médecins généralistes de la consultation pour douleur chronique. Une étude qualitative*. [Thèse d'exercice de médecine, Université Paris Diderot 7]. HAL.
- Delassus, P.-Y. (2014). *Le patient douloureux chronique non ou insuffisamment soulagé par un antalgique de palier 2 : réactions de 10 médecins généralistes*. [Thèse de doctorat, université de Lorraine]. HAL.
- Jandrok, T. (2009) *Le Sujet, sa Vie et l'Hôpital comme Institution de sa Mort*. [Thèse de doctorat, université de Strasbourg]. HAL.
- Vachon-Preseau, E. (2014). *L'effet du stress sur la douleur aiguë et chronique*. [Thèse de doctorat, Université de Montréal]. Repéré à <https://papyrus.bib.umontreal.ca>.
- Percevault, M. (2015). *Processus d'entrée dans la fibromyalgie : l'expérience des patients*. [Thèse de doctorat de médecine, Université d'Epinal]. HAL.
- Thèse de Cloès (2007). *L'excès de l'autre dans la souffrance psychique : une rhétorique de la passion ?*. [Thèse de doctorat, Université de Strasbourg]. These.fr.

I) VIDEOS CONSULTEES EN LIGNE

- Ansermet, F. (2014, 8 mars). La plasticité neuronale. [Vidéo en ligne]. Repérée à <https://www.youtube.com/watch?v=Pl3K1y5to4Y>.
- Berquin, A. (2013, 17/19 octobre). Douleurs chroniques : quelques repères pour comprendre et agir. Congrès Sofmer. [Vidéo en ligne]. Repérée à <https://youtu.be/2arK0Bmx1NU>.

J) DOCUMENT OU PAGE SPECIFIQUE SUR LE WEB

- Allaz AF. (2004). Douleurs chroniques rebelles : une plainte polysémique. *Rev Med Suisse*. Repéré à <https://www.revmed.ch>.
- Améliorer la prise en charge de la douleur en France. Communiqué de presse 19 novembre 2020. Repéré à <https://sfgg.org>.
- Boulanger, J. (1999). La douleur. *Française de psychosomatique*. Repéré à <http://www.jacquesboulanger.com>.
- DREES (2001). Etat de santé de la population en France - Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique Rapport. Repéré à <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr>.
- Freud, S. (1925). *Psychanalyse et médecine ou La question de l'analyse profane*. Repéré à Valas.fr.
- Illich, I. (1999). Un facteur pathogène prédominant. L'obsession de la santé parfaite. *Le Monde diplomatique*. 540. Repéré à <https://www.monde-diplomatique.fr>.
- Lacan, J. (1957b-1958a). *Les formations de l'inconscient*. Séminaire V. Repéré à www.valas.fr.
- Lacan, J. (1960a). *Subversion du sujet et dialectique du désir dans l'inconscient freudien*. Séminaire VIII. Repéré à Valas.fr.
- Lacan, J. (1960b-1961a). *Le transfert*. Séminaire VIII. Repéré à Valas.fr.
- Lacan, J. (1961b-1962). *L'identification*. Séminaire IX. Repéré à Valas.fr.
- Lacan, J. (1964-1965). *Problèmes cruciaux*. Séminaire XII. Repéré à Valas.fr.
- Lacan, J. (1965-1966c). *L'objet de la psychanalyse*. Séminaire XIII. Repéré à Valas.fr.
- Lacan, J. (1969-1970). *L'envers de la psychanalyse*. Séminaire XVII. Repéré à Valas.fr.
- Lacan, J. (1970-1971a). *Un discours qui ne serait pas du semblant*. Séminaire XVIII. Repéré à Valas.fr.
- Lacan, J. (1971b-1972a). *Ou pire*. Séminaire XIX. Repéré à Valas.fr.
- Lacan, J. (1972b). *L'étourdit*. Repéré à Valas.fr.

- Lacan, J. (1974-1975). *RSI. Séminaire XXII*. Repéré à Valas.fr.
- L'état de santé de la population en France. Rapport 2011. Repéré à <http://solidarites-sante.gouv.fr>.
- Lothon-Demerliac, Laurent-Bec & Marec, (2001). Evaluation du plan triennal de lutte contre la douleur. *Société française de santé publique*. Repéré à : <https://www.sfetd-douleur.org>.
- Maingueneau, D. (1993). Analyse du discours et archive. *Semen*, mis en ligne le 12 juin 2007, consulté le 08 février 2021. Repéré à : <http://journals.openedition.org>.
- Maingueneau, D (2005). *L'analyse du discours et ses frontières*. Repéré à : <http://dominique.maingueneau.pagesperso-orange.fr>.
- Maingueneau, D. (2016). Énonciation et analyse du discours. *Corela*, mis en ligne le 08 juin 2016, consulté le 10 décembre 2020. Repéré à : <http://journals.openedition.org>.
- SFETD (2017). *Livre Blanc douleur*. Repéré à <http://www.sfetd-douleur.org>.
- Valas, P. (2014). *De la jouissance et des discours*. Repéré à <http://www.valas.fr>.

K/ SITE WEB DANS SON ENSEMBLE

- Les œuvres complètes de S. Freud en français. Repérées à <http://www.valas.fr>.
- Les œuvres complètes de S. Freud en allemand. Repérées à <http://freud-online.de>
- Les œuvres de J. Lacan. Repérées à <http://www.valas.fr>.

L/ AUTRES SOURCES : TRIBUNE

- Lévêque, M. (2021). *Contre la douleur, sortir du tout-médicament*. Le Monde.

**La résistance thérapeutique dans la douleur
chronique nociplastique : de la relation mère-
enfant à la relation médecin-patient**

Expériences subjectives de femmes fibromyalgiques

Résumé

La lutte contre la douleur chronique est un enjeu de santé publique, intriquée à la politique gouvernementale et à la pratique médicale. Face à la fibromyalgie, l'absence de preuves et les échecs thérapeutiques stigmatisent le récit des patients, entrave sa reconnaissance, et accentue l'incertitude des médecins, tout en remettant en cause leur rôle de soignant. C'est dans ce contexte que nous interrogeons la fonction de la résistance thérapeutique sur le plan inconscient. Notre hypothèse est mise au travail à travers une analyse de contenu de cinq entretiens de recherche, réalisés auprès de femmes atteintes de fibromyalgie, appuyés par les données d'un test de Rorschach. Une résistance inconsciente du sujet agit de façon constante et conjointe à la résistance physiologique, lorsque le sujet est aux prises avec une certaine image idéale de soi, spécifiquement celle du sacrifice et du dévouement aux autres.

Mots-clés : douleur chronique – fibromyalgie – résistance thérapeutique – transfert – relation mère-enfant – stade du miroir.

Summary

The fight against chronic pain is a public health issue, linked to the government politics and medical practices. Faced to the fibromyalgia, the lack of evidence and the therapeutics failures, stigmatize patient's narratives, prevent its recognition and emphasize the uncertainty of doctors, while reconsidering their role of caregivers. It's in this context that we question the function of therapeutic resistance on an unconscious level. Our hypothesis is put to work with a content analysis of five research interviews, led with women with fibromyalgia, supported by data from a Rorschach test. An unconscious resistance acts constantly and jointly with the physiological resistance, when the subject is struggling with a certain ideal self-image, especially that of sacrifice and devotion to others.

Keywords : chronic pain – fibromyalgia – therapeutic resistance – transference – mother-child relationship – state of mirror.